Résumé

L'accès en actions

Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux

Introduction 2

PARTIE 1 2
L'INTERFACE OMNIPRATICIENS-SPÉCIALISTES DANS UNE RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES MÉDICAUX

Section I 2
La hiérarchisation des services médicaux pour le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre

Section II 4
L'organisation des services médicaux en lien avec la première ligne

PARTIE 2 7
LES PRINCIPES DIRECTEURS DEVANT GUIDER LE DÉVELOPPEMENT DU PLAN RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS ET DES EFFECTIFS MÉDICAUX (PROSEM)

Section I 7
Objectifs

Section II 7
Principes directeurs

Section III 12
L'élaboration d'un cadre méthodologique pour définir les besoins en effectifs médicaux en équivalent temps plein (ETP)

Section IV 13
La notion de centre hospitalier désigné

Section V 13
L'approche par spécialité

Section VI 15
Un modèle d'organisation régionale des services médicaux spécialisés sur une base sous-régionale

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION MONTRÉALAISE

Un défi collectif à relever

La Régie régionale entreprend une démarche afin de doter Montréal d'un nouveau plan stratégique pour la période allant du printemps 2003 au printemps 2006. C'est pourquoi nous devons identifier, ensemble, nos priorités pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise.

À partir des résultats observés au terme du plan 1998-2002 en matière de santé de la population et d'accès aux services, nous aurons à choisir et à mettre en œuvre les solutions les plus appropriées pour permettre de prévenir, de guérir et de soigner plus efficacement. Voilà un grand défi qui nous oblige à faire les bons choix. C'est l'invitation que je lance au milieu montréalais.

Le résultat de cette consultation me permettra de présenter au conseil d'administration de la Régie régionale, en juin prochain, un plan stratégique triennal qui répond à la fois aux particularités d'une métropole comme Montréal et aux priorités nationales fixées pour l'ensemble de la population québécoise.

Je souhaite que ces échanges soient des plus fructueux.

David Levine

Le président-directeur général
David Levine

Le présent document est le résumé du *Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux*, un avis de la Commission médicale régionale. Il présente ses principaux éléments. Le lecteur intéressé à en connaître davantage pourra se référer au texte intégral du plan. Les coordonnées complètes figurent à la dernière page. Le lecteur pourra aussi trouver l'ensemble des informations relatives à la démarche de consultation de la Régie régionale sur notre site internet : **www.santemontreal.qc.ca**

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

INTRODUCTION

La Commission médicale régionale a pour mandat de conseiller la Régie régionale sur l'organisation et la distribution des services médicaux spécialisés, sur le plan des effectifs médicaux, l'organisation de leur pratique et les modes de rémunération. C'est dans ce contexte qu'a été élaboré le Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux. Ce plan, qui constitue un avis, sera diffusé aux médecins spécialistes. La Commission médicale régionale souhaite que cet avis fasse l'objet d'une consultation auprès des établissements et des médecins concernés. La contribution des médecins spécialistes est essentielle à la poursuite des objectifs fixés par la Régie régionale, notamment en matière de hiérarchisation des services médicaux, des services médicaux spécialisés en lien avec la première ligne, ceci afin de favoriser la mise sur pied d'une première ligne forte des services médicaux à Montréal.

PARTIE 1 : L'INTERFACE OMNIPRATICIENS-SPÉCIALISTES DANS UNE RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES MÉDICAUX

En mai 2001, la Commission médicale régionale convenait de suivre l'avis de la Direction des affaires médicales de se pencher sur un plan régional d'organisation des services médicaux. Deux éléments importants militaient en faveur d'une telle démarche :

- La création du Département régional de médecine générale et son intention d'organiser un réseau de services médicaux de première ligne fonctionnel.
- La nécessité d'appuyer les besoins en effectifs médicaux spécialisés sur un plan régional d'organisation de services médicaux spécialisés.

La Commission médicale régionale a d'abord examiné le dossier de la hiérarchisation des services médicaux, puis ce qui en découle, la définition des champs d'exercice de la première, deuxième et troisième lignes pour les médecins omnipraticiens et spécialistes. Ces deux concepts de base permettent, dans un réseau fonctionnel de services médicaux, de s'assurer que la porte d'entrée est l'omnipraticien et que le patient peut voir le bon médecin, au bon endroit, au bon moment pour lui permettre d'avoir accès au bon service.

Enfin, pour être efficace et efficiente, la pratique médicale de première ligne doit pouvoir compter sur l'accessibilité aux techniques diagnostiques et à l'expertise. C'est donc sur cette toile de fond que les balises de l'organisation des services médicaux spécialisés en lien avec la première ligne ont été établies.

Section I - La hiérarchisation des services médicaux pour le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre

I. LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Porte d'entrée du système de santé, ils comprennent un ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques. Ils s'adressent à une population vivant à domicile lors de tout nouvel épisode de soins ou dans le contexte d'un suivi périodique.

Les médecins omnipraticiens sont les mieux outillés pour assurer le rôle d'intégrateur en première ligne et assurer le suivi des patients. Les médecins de deuxième ligne et troisième ligne retournent les patients qui leur ont été référés, une fois l'objectif de référence atteint, et pour lesquels il est indiqué d'assurer le suivi à ce niveau dans le respect des compétences mutuelles.

La médecine de première ligne favorise la pratique de groupe, un réseau intégré d'accessibilité à des soins courants et un réseau de garde intégré pour les services d'urgence hors hospitaliers.

Les services de première ligne sont dispensés en cabinets, en CLSC, dans les services des urgences des centres hospitaliers, en centres de santé, à domicile, en milieu de travail, dans les institutions d'enseignement, en centres d'accueil, en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et autres milieux d'hébergement. L'accès à des services médicaux de première ligne se fait à la demande directe des patients (à l'exception des centres d'accueil et CHSLD).

II. LES SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE

Permettant de résoudre les problèmes complexes de santé, ce sont des services surtout spécialisés de santé qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et une technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue.

Les principaux dispensateurs sont l'ensemble des médecins spécialistes, mais on retrouve aussi des omnipraticiens impliqués en milieu hospitalier (obstétrique, gériatrie active, salle d'urgence, soins palliatifs, toxicomanie, santé publique). Les services sont généralement dispensés en établissement de deuxième ligne (centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, centres de réadaptation, centres hospitaliers de soins psychiatriques), mais aussi parfois en cabinets et en polycliniques.

III. LES SERVICES DE TROISIÈME LIGNE

Il s'agit du niveau de la médecine ultraspécialisée où les services s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est faible.

Recommandations

En vue d'assurer à la population l'accessibilité à des services médicaux spécialisés sur référence, d'assurer des liens étroits entre les intervenants de première ligne et ceux de la deuxième ligne et de la troisième ligne et d'éviter dans la mesure du possible que les actes de première ligne soient fournis par les médecins spécialistes, la Commission médicale régionale recommande de mettre en place, dans les meilleurs délais, ces stratégies pour amorcer la démarche d'implantation de la hiérarchisation des services médicaux :

1. **Que le conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre fasse sien le concept de la hiérarchisation des services médicaux ci-énoncés;**

2. **Que le président-directeur général de la Régie régionale :**

   sensibilise toutes les directions de la Régie régionale de sa volonté que l'organisation des services médicaux généraux et spécialisés sur le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre respecte et repose sur ce concept;

   sensibilise toutes les directions générales, les directions des services professionnels, les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements et tous les médecins du territoire de sa volonté que l'organisation

Recommandations (suite)

des services médicaux généraux et spécialisés sur le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre respecte et repose sur ce concept;

fasse des représentations concertées auprès des facultés de médecine et du Collège des médecins du Québec pour que la formation des médecins les prépare à assumer adéquatement le rôle de médecins de première ligne ou de deuxième ligne et de troisième ligne;

fasse des représentations auprès des fédérations médicales et du Ministère pour qu'ils acceptent ce concept et qu'ils mettent en place des moyens concrets pour favoriser la hiérarchisation des services médicaux (ex. : mode de rémunération, adaptation des plans régionaux des effectifs médicaux, des budgets, du réseau de communication, etc.);

sensibilise la population à consulter un médecin omnipraticien avant de se diriger vers les services spécialisés;

3. Que la Direction des affaires médicales et le Département régional de médecine générale collaborent étroitement dans cette organisation des services, dans le respect de ce concept de hiérarchisation.

Section II - L'organisation des services médicaux en lien avec la première ligne

L'organisation d'un réseau de première ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux. Pour réaliser un tel projet, il est cependant essentiel de fournir aux médecins qui y oeuvrent les outils nécessaires pour accomplir leur rôle : l'accessibilité appropriée à un plateau technique diagnostique et celle à la consultation spécialisée en temps opportun en constituent deux éléments indispensables.

ACCESSIBILITÉ AU PLATEAU TECHNIQUE

I. BESOINS DE LA PREMIÈRE LIGNE

À la lumière de données disponibles à la Régie régionale couplées à l'expérience terrain, il apparaît que l'organisation actuelle concernant l'accès au plateau technique semble inadaptée aux besoins de la pratique médicale de première ligne telle qu'envisagée et ne supportera pas la mise sur pied d'un réseau d'accessibilité aux services médicaux susceptible de diminuer le recours aux salles d'urgence des centres hospitaliers si aucun correctif n'est apporté.

Recommandations

Afin de rendre disponible le niveau d'accessibilité requis pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des patients, la Commission recommande :

1. Que la Régie régionale élabore, en collaboration avec les établissements et les cliniques hors établissement, un plan d'action afin de rendre accessible un plateau technique qui réponde aux besoins d'un réseau de première ligne bien organisé sur tout le territoire selon un horaire élargi, 7 jours par semaine, qui tienne compte des situations cliniques reconnues urgentes, semi-urgentes et électives;

2. Que des ententes de services soient faites entre la Régie régionale et les cliniques hors établissement afin d'assurer l'accessibilité au plateau technique, sans déboursé additionnel, pour tous les patients;

Recommandations (suite)

3. Que la Régie régionale identifie et fasse connaître à tous les médecins la liste des lieux où ces services pourront être disponibles dans les délais établis;
4. Qu'un comité conjoint (Direction des affaires médicales - Commission médicale régionale - Département régional de médecine générale) de suivi puisse conseiller la Régie régionale sur les orientations à privilégier tenant compte des contraintes identifiées afin de doter le réseau de première ligne des outils nécessaires à l'accomplissement de son rôle selon les différentes situations cliniques sur tout le territoire;
5. Que l'informatisation du réseau et le déploiement des technologies modernes de communication puissent supporter et permettre l'organisation des services médicaux de première ligne;
6. Que la Direction des affaires médicales de la Régie régionale de Montréal-Centre sollicite la participation du Collège des médecins du Québec, en lien avec les différentes instances impliquées dans la formation médicale (les universités, les associations et les fédérations professionnelles) afin d'optimiser l'utilisation appropriée de ce plateau technique (objectifs de formation prédoctorale, éducation médicale continue, conception, mise à jour et diffusion de guides d'utilisation);
7. Que la Régie régionale, en collaboration avec les établissements et les cliniques affiliées par entente de services, favorise l'implantation d'un mécanisme d'évaluation pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès au plateau technique deviennent inacceptables;
8. Que la Régie régionale, sur une base annuelle, fasse rapport à la Commission médicale régionale sur l'état de réalisation de ces recommandations.

ACCESSIBILITÉ À LA CONSULTATION EN SPÉCIALITÉ

Plusieurs situations cliniques dans la pratique d'un médecin de famille peuvent nécessiter la consultation auprès d'un collègue spécialiste. Le besoin en est généralement un d'expertise diagnostique et/ou thérapeutique ou de suivi conjoint dans le cas de certaines problématiques complexes. Il peut parfois aussi s'agir d'un transfert pour un épisode de soins spécifique (par exemple lors d'une chirurgie) après lequel le médecin spécialiste retourne le patient aux soins du médecin de famille.

I. BESOINS DE LA PREMIÈRE LIGNE

Les médecins de famille ont recours aux différents spécialistes autant en cabinets ou cliniques qu'en centres hospitaliers selon l'état clinique de leur patient et la disponibilité des services. Les omnipraticiens de Montréal soulèvent régulièrement deux problématiques majeures concernant la consultation en spécialité :

L'accès à la consultation (délais, manque d'information sur la localisation des cabinets des spécialistes);

La communication des résultats de la consultation initiale et des visites subséquentes, le cas échéant, et du plan de traitement et de suivi.

Recommandations

Afin de rendre disponible le niveau d'accessibilité requis pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des patients, assumant les effectifs médicaux suffisants, la Commission médicale régionale recommande :

1. Que la Régie régionale de Montréal-Centre supporte de façon prioritaire l'informatisation des lieux de consultation des médecins requérants et consultants, avec les liens nécessaires au Réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS);

2. Que la Régie régionale de Montréal-Centre demande et supporte, dès maintenant, auprès des établissements de son territoire, l'optimisation de l'utilisation des technologies modernes de communication (télécopie, courrier électronique sécurisé) et du support clérical requis par les médecins spécialistes pour transmettre les informations pertinentes aux médecins référants;

3. Que la Direction des affaires médicales de la Régie régionale sollicite l'implication du Collège des médecins du Québec afin d'améliorer la qualité des informations échangées entre les spécialistes consultants et les médecins référants (demandes de consultation précises et accompagnées de toutes les informations pertinentes, rapports de consultation les plus informatifs possible au sujet des plans d'investigation, de traitement et de suivi, rapports d'évolution avec résultats de tests subséquents);

4. Que la Régie régionale de Montréal-Centre, en collaboration avec les établissements encourage l'utilisation d'un formulaire standardisé de résumé d'information médicale sommaire lors du congé d'un patient hospitalisé. Ce formulaire devrait comprendre une copie à remettre à l'usager et/ou à son médecin traitant, et l'original à laisser au dossier du patient en remplacement de la feuille sommaire actuellement utilisée dans les établissements. (Ce type de formulaire peut aussi servir lorsqu'un patient a été évalué et traité au service des urgences.);

5. Que la Régie régionale identifie et fasse connaître à tous les médecins la liste des lieux où ces services de consultation spécialisée pourront être disponibles dans les délais établis, et s'assure de la mise à jour périodique de cette information;

6. Que la Régie régionale sollicite les associations de médecins spécialistes et les directions des services professionnels des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de notre territoire afin de choisir les moyens qui permettront de lever les contraintes à la réalisation des objectifs d'accessibilité dans les différentes sous-régions;

7. Que la Régie régionale, en collaboration avec les établissements, favorise l'implantation d'un mécanisme d'évaluation pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès aux consultations en cliniques externes spécialisées deviennent inacceptables;

8. Que la Régie régionale, sur une base annuelle, fasse rapport à la Commission médicale régionale sur l'état de réalisation de ces recommandations.

PARTIE 2 - LES PRINCIPES DIRECTEURS DEVANT GUIDER LE DÉVELOPPEMENT DU PLAN RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS ET DES EFFECTIFS MÉDICAUX (PROSEM)

La nécessité pour la Régie régionale de Montréal-Centre de se doter d'un plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et d'un plan des effectifs médicaux spécialisés (PROSEM) repose sur un cadre légal et un cadre administratif. D'abord, au plan légal, la Loi sur les services de santé et les services sociaux impose aux établissements et à la Régie régionale qu'ils se dotent d'un plan d'organisation de services médicaux dans le but de pouvoir justifier les ressources médicales nécessaires pour le réaliser. Sur le plan administratif, Montréal a une vocation suprarégionale et régionale. La Régie régionale doit gérer les ressources mises à sa disposition pour permettre à la population qu'elle dessert d'avoir accès aux services dont elle a besoin, à partir d'un plan défini.

Le PROSEM doit être fondé sur une vision globale du réseau de soins médicaux, une vision d'intégration. Seule une telle approche peut favoriser l'efficience et l'accessibilité que nous souhaitons tous pour la population que nous desservons.

La deuxième partie de ce document précise les principes directeurs sur lesquels repose le PROSEM. La dernière étape consistera à établir les plans par spécialité, en priorisant certaines d'entre elles.

Section I - Objectifs

L'objectif premier du plan est de développer un réseau de services médicaux spécialisés et ultraspécialisés capable de répondre à la demande de services dans des délais acceptables ou raisonnables.

Le second objectif est de permettre aux établissements de mieux établir leurs plans de besoins en effectifs médicaux et à la Régie régionale, d'établir un plan régional.

Section II - Principes directeurs

A. Les principes directeurs déjà acceptés par la Commission médicale régionale

1- La hiérarchisation des services médicaux

Pour que le réseau montréalais de soins médicaux soit fonctionnel en permettant que le patient puisse voir le bon médecin au bon endroit et au bon moment, la Commission médicale régionale recommande au conseil d'administration, au président-directeur général et à la Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU) de la Régie régionale de Montréal-Centre de mettre en place, dans les meilleurs délais, les stratégies nécessaires pour amorcer la démarche d'implantation de la hiérarchisation des services médicaux (voir Recommandations, page 3).

2- Des services médicaux spécialisés en lien efficace et efficient avec une première ligne fonctionnelle via un réseau intégré de services médicaux

Il est indispensable que les médecins aient l'accessibilité appropriée, en temps opportun, tant au plateau technique diagnostique qu'à la consultation spécialisée.

La Commission médicale régionale fait, à cet égard, des recommandations précises à la Régie régionale et à sa direction des affaires médicales et universitaires (voir Recommandations, pages 4 et 6).

106-04650/

3- Le rôle prépondérant des spécialités de base ou locales dans les centres hospitaliers qui opèrent une salle d'urgence

La Commission médicale régionale estime que les spécialités suivantes constituent les spécialités de base ou locales essentielles pour qu'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés opérant une salle d'urgence soit fonctionnel : anesthésiologie, anatomopathologie, chirurgie générale, obstétrique-gynécologie, chirurgie orthopédique, médecine interne, psychiatrie et radiologie diagnostique.

4- Le regroupement des effectifs pour les soins tertiaires et quaternaires des spécialités suprarégionales

Pour des raisons de qualité des soins et d'économie des ressources, les deux réseaux universitaires doivent mettre en commun certaines de leurs ressources. Le contexte ne permet pas d'imposer cet énoncé de principe aux établissements concernés, mais la Commission médicale régionale croit cependant qu'ils doivent faire l'effort d'examiner la faisabilité d'une concentration des effectifs, notamment en ce qui concerne les soins tertiaires et quaternaires.

5- La collaboration-complémentarité entre établissements avec autonomie relative dans chacune des sous-régions

La Commission médicale régionale, dans l'objectif de pallier les problèmes d'effectifs médicaux de certains établissements du réseau et d'accessibilité à des services médicaux, propose une solution gagnante de collaboration-complémentarité entre établissements[1]. L'établissement qui accepte de fournir des effectifs à celui qui en manque peut recruter des effectifs au-delà du plan permis via une dérogation au plan d'effectifs accordée par le Ministère et utiliser les ressources de l'établissement qu'il aide.

Recommandations

Ce principe se traduit dans les recommandations suivantes:

1. **Que la Table des directeurs des services professionnels (DSP), en utilisant notamment l'enquête récente de la Direction des affaires médicales et universitaires sur les pénuries réelles et appréhendées des effectifs médicaux spécialisés, identifie pour la Régie régionale, les établissements, les départements et les services cliniques spécialisés dont la situation reflète une ou plusieurs des problématiques évoquées dans les prémisses et qui seraient intéressés à participer, sur une base volontaire, au développement d'un projet de collaboration et de complémentarité entre établissements. Dans le cas où deux établissements seraient en pénurie d'effectifs dans la même discipline, la Direction des affaires médicales et universitaires déterminera lequel des deux pourrait bénéficier d'un ajout d'effectifs médicaux dans le cadre d'une entente entre établissements.**
2. **Que la Régie régionale et les établissements concernés collaborent à l'identification et à la mise en place des conditions gagnantes pour chacun des établissements participants, telles que :**
   - **L'organisation des services médicaux visés, incluant la garde.**
   - **Les ressources humaines et matérielles nécessaires pour l'utilisation efficace et efficiente des effectifs médicaux spécialisés qui feront l'objet des ententes.**
   - **La budgétisation nécessaire, tenant compte, entre autres :**
     - de la croissance des coûts là où les services sont rendus
     - de l'augmentation de l'offre de service.

1 | Collaboration-complémentarité entre établissements : partage et effectifs. Comité PROSEM CMR : mai 2002

Recommandations (suite)

3. Que la Direction des affaires médicales et universitaires, en concertation avec la Commission médicale régionale, gère les effectifs médicaux de façon à favoriser la complémentarité des services et le partage des effectifs, notamment par l'utilisation du mécanisme de dérogation, lorsque indiqué.

4. Que la Direction des affaires médicales et universitaires obtienne du Ministère l'autorisation de gérer les effectifs médicaux sur une base régionale, dans le cas d'une pénurie régionale d'effectifs médicaux dans une spécialité.

5. Que la Table des directeurs des services professionnels, la Direction des affaires médicales et universitaires et la Direction des services spécialisés, ultraspécialisés et de réadaptation en santé physique identifient les services dans les établissements universitaires qui pourraient être offerts dans des établissements non universitaires, dans le cadre d'une complémentarité et collaboration entre eux. Ce type de collaboration peut aussi se développer entre les hôpitaux non universitaires et les hôpitaux universitaires.

   Dans ce contexte, l'établissement dont la couverture des services serait assurée par les effectifs d'un autre établissement devrait lui permettre d'utiliser les ressources humaines et matérielles pour les services qui y seraient transférés (ex. : utilisation du bloc opératoire pour chirurgie).

6. Que la Régie régionale et le Ministère acceptent comme modèle un contrat, et qu'ils en considèrent son implantation et sa diffusion. Ce contrat définit les balises permettant aux établissements de partager des effectifs médicaux spécialisés et des corridors de services, dans le respect de leurs missions respectives.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'accessibilité aux services et le partage des ressources, la Commission médicale régionale préconise le principe d'une certaine autonomie de chacune des six sous-régions de son territoire.

6. La vocation suprarégionale de la région de Montréal

   Montréal est une région universitaire. À ce titre, les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres affiliés universitaires (CAU) et les instituts doivent répondre à leur triple mission de soins médicaux, d'enseignement et de recherche. Souvent, ce sont les mêmes médecins qui répondent aux trois volets.

   La Commission médicale régionale estime que tout plan d'organisation de services et d'effectifs doit prendre en compte ce facteur, si on veut permettre à la région de Montréal de disposer des ressources dont elle a besoin pour remplir sa mission.

7. Une salle d'urgence implantée au cœur d'un réseau dans la communauté

   La Commission médicale régionale estime que la situation d'engorgement chronique qui prévaut dans les salles d'urgence du territoire montréalais ne peut se corriger sans que les intervenants en amont et en aval des établissements travaillent en concertation.

   La Commission médicale régionale fait sien le concept de réseau territorial tel que décrit dans le Guide de gestion de l'unité d'urgence publié par le Ministère, en 2000.

B. Considérations de certains autres principes

1- L'organisation des services basée sur les besoins réels de la population versus l'offre de services actuels

   La Commission médicale régionale estime que le plan régional doit tenir compte autant des besoins que de l'offre actuelle des services pour présenter des solutions aux problèmes d'accessibilité.

2- Le maintien d'une masse critique de patients et d'effectifs médicaux essentielle à la qualité des soins et au maintien de la compétence professionnelle

La Commission médicale régionale s'inquiète d'un certain nombre d'éléments qui pourraient empêcher l'optimisation des soins et de la compétence professionnelle des médecins:

- L'accessibilité de plus en plus difficile au bloc opératoire, par manque de ressources;
- L'isolement de médecins spécialistes, à cause du manque d'effectifs;
- L'absence de masse critique de patients porteurs de conditions qui nécessitent de l'expertise.

Recommandations

La Commission médicale régionale recommande que la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec se penche sur ces aspects et en tienne compte dans la prochaine planification de l'effectif médical. De même, la Commission recommande que la Régie régionale et les établissements s'entendent pour concentrer certains types d'activités chirurgicales et pour faciliter l'accessibilité au bloc opératoire.

3- La présence des spécialités de base ou locales dans tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et la mise en priorité du recrutement des effectifs nécessaires

La Commission médicale régionale estime que l'organisation des services médicaux dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés doit s'appuyer sur la disponibilité des effectifs dans les spécialités de niveau local (anesthésiologie, anatomophatologie, chirurgie générale, obstétrique-gynécologie, chirurgie orthopédique, médecine interne, psychiatrie et radiologie diagnostique).

4- La concentration de certaines activités médicales spécialisées

La Commission médicale régionale endosse le principe de la concentration des services médicaux spécialisés en autant qu'elle bénéficie aux patients en termes d'accessibilité et de qualité des services.

La Commission médicale régionale a adopté le cadre clinique et pédagogique qui devrait supporter tout exercice de concentration des effectifs médicaux (voir point suivant).

5- Le cadre clinique et pédagogique qui doit supporter la concentration de certains services médicaux spécialisés dans un ou des établissements de la région de l'île de Montréal

Compte tenu des principes directeurs déjà adoptés par la Commission médicale régionale concernant l'organisation des services médicaux, la Commission estime que si l'on fait de la concentration de services, les principes suivants s'appliquent :

1. La décision de concentrer des services médicaux spécialisés doit reposer sur les impératifs ou les objectifs suivants : meilleure disponibilité ou accessibilité, optimisation de l'exercice pour cas complexes, meilleure efficacité, meilleure efficience, meilleure continuité des soins;
2. La qualité des soins médicaux est la même quel que soit le milieu où ils sont concentrés;

3. Les ressources nécessaires, qu'elles soient professionnelles, matérielles ou financières, doivent être présentes ou garanties pour assurer cette qualité;

4. La concentration des services médicaux ne peut et ne doit pas se faire au détriment de la qualité de la formation des résidents; au contraire, les résidents devraient idéalement y trouver une valeur ajoutée.

Recommandation

La Commission médicale régionale demande d'être consultée pour tout projet de concentration de services médicaux.

6- La mise en place d'un processus pour éviter les bris de services

La Commission médicale régionale estime que le réseau doit se doter de mécanismes efficaces pour éviter les bris de services médicaux. La Commission médicale régionale souhaite que la Table des directeurs des services professionnels examine les solutions suivantes et contribue, avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec et la Régie régionale, à leur mise en place, si jugées acceptables :

- Collaboration-complémentarité entre établissements d'une même sous-région ou d'une autre;

- Création d'une banque sous-régionale ou régionale de dépannage.

7- L'inclusion des activités spécialisées des cabinets dans l'organisation des services des établissements : le concept de cliniques médicales affiliées

La Commission médicale régionale endosse le concept mis de l'avant par la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) voulant que les cliniques de médecins spécialistes soient le prolongement des établissements. La Commission médicale régionale estime qu'il y a une certaine urgence à ce qu'il y ait une entente entre les parties concernées et que cette approche est porteuse de solutions facilitant l'accessibilité à des services importants.

Recommandation

La Commission médicale régionale recommande que le président-directeur général de la Régie régionale intervienne auprès du Ministère pour que l'on mette en place, avec la collaboration de la Fédération des médecins spécialistes, des cliniques médicales affiliées.

C. *Le maintien des principes généralement reconnus dans le réseau de la santé*

Sans définir ces notions déjà bien connues dans le réseau de la santé, la Commission médicale régionale désire confirmer qu'elle adhère à chacun de ces principes dans l'organisation des services médicaux : universalité, gratuité, accessibilité, disponibilité, homogénéité, efficacité, efficience, qualité des soins, fluidité de l'information pertinente, interdépendance des intervenants.

Section III - L'élaboration d'un cadre méthodologique pour définir les besoins en effectifs médicaux en équivalent temps plein (ETP)

A. Les effectifs médicaux spécialisés par établissement et par spécialité

Au 1er décembre 2001, il y avait 3 163 médecins spécialistes au plan d'effectifs avec un objectif ministériel de croissance de 68, soit 3 231 postes autorisés au 31 mars 2002. Selon la facturation à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), il y avait 3 216 médecins spécialistes, soit une différence de -15.

Enfin, le fait qu'un établissement ne comporte pas d'effectif dans une spécialité ne signifie pas qu'il n'offre pas les services, puisqu'il peut le faire via des ententes avec d'autres établissements ou directement avec des médecins qui y ont le statut de membres associés.

B. La notion d'équivalent temps plein (ETP) en spécialités

Le ministère de la Santé et des Services sociaux définit un ETP en spécialités comme un médecin ayant un niveau d'activités équivalent au revenu moyen des médecins en exercice de sa spécialité, au cours de l'année de référence. La composante de son niveau d'activités est déterminée par son niveau de facturation à la Régie de l'assurance maladie du Québec, par rapport à la moyenne normalisée de celui des médecins en exercice au cours de l'année de référence, dans sa spécialité.

Pourquoi doit-on recourir à la notion d'ETP dans le calcul des besoins en effectifs médicaux spécialisés pour la région de Montréal-Centre? Dans les établissements universitaires, ce sont les mêmes médecins qui donnent les soins, font de l'enseignement, de la recherche et participent aux activités administratives. Compte tenu de la rémunération mixte qui tient compte des multiples tâches en établissement, il est devenu impossible de départager l'aspect clinique à partir du mode de rémunération. D'autres facteurs entre autres supportent la notion d'ETP clinique : la féminisation de la profession, le vieillissement de l'effectif des médecins spécialistes ainsi que le partage d'effectifs médicaux entre établissements intra et extrarégionaux.

Pour définir leurs besoins d'effectifs médicaux en ETP la définition d'ETP utilisée par le Ministère est acceptable, mais à l'avenir, il serait plus approprié d'évaluer les besoins d'effectifs pour les services requis à partir d'un plan d'organisation de services à fournir.

Recommandation

La Commission médicale régionale recommande que les établissements s'inspirent du modèle mis de l'avant par l'Association des anesthésiologistes du Québec, en novembre 2000, pour étoffer leurs besoins d'effectifs médicaux dans chacune des spécialités.

Section IV - La notion de centre hospitalier désigné

La désignation fait référence le plus souvent au processus utilisé par les universités et le ministère pour nommer les instituts, les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers affiliés. Eu égard à la notion de coût/efficacité liée à ce processus et à la compétition qu'il engendre entre les établissements, les budgets suivant les services, la Commission médicale régionale juge utile de soumettre à la Régie régionale les principes qui devraient la guider dans la désignation de centre hospitalier, aux fins d'organisation de services :

1) Tout en reconnaissant l'importance du critère coût/efficacité, dans un contexte d'utilisation rationnelle des ressources, il y a lieu de voir la désignation d'abord comme moyen d'offrir des soins de qualité.

2) La désignation doit s'inscrire dans le cadre du plan régional d'organisation des services médicaux de la Régie régionale. Elle doit donc être planifiée, faisant l'objet d'une consultation à l'interne et à l'externe.

3) La Commission médicale régionale estime que les principes qu'elle a mis de l'avant dans le cadre clinique et pédagogique qui doit supporter la concentration de certains services médicaux spécialisés s'appliquent à la désignation.

Section V - L'approche par spécialité

A. Les spécialités de base ou locales qui doivent être présentes dans tous les centres hospitaliers qui opèrent une salle d'urgence

La Commission médicale régionale estime que les établissements doivent être consultés pour établir un plan cohérent d'organisation des services et des effectifs par spécialité. Cependant, compte tenu de leur importance dans l'interface de première ligne, la Commission a des recommandations à formuler concernant les spécialités de base dites locales. L'anatomopathologie, l'anesthésiologie, la chirurgie générale, la médecine interne, la psychiatrie, la chirurgie orthopédique, l'obstétrique-gynécologie et la radiologie diagnostique constituent lesdites spécialités.

Recommandations

Concernant ces spécialités, la Commission médicale régionale fait les recommandations suivantes :

1. **Au moins toutes ces spécialités, sauf le volet obstétrique de l'obstétrique-gynécologie, doivent se retrouver dans tous les établissements de soins de courte durée qui opèrent une salle d'urgence.**

2. **Le plan des effectifs médicaux doit permettre à tous les établissements de recruter les effectifs nécessaires à l'accessibilité aux soins et à l'enseignement.**

   La Commission médicale régionale recommande que le Ministère tienne compte, dans son plan d'effectifs, du fait que dans certaines spécialités de base, les médecins n'exercent pas vraiment, consacrant leurs activités à des champs pointus, comme les soins intensifs, les soins palliatifs, la chirurgie vasculaire, la chirurgie thoracique, etc. La Commission médicale régionale suggère de comptabiliser ces médecins dans le plan des effectifs de la région, mais hors spécialités.

Recommandations (suite)

3. Certaines spécialités comme la médecine interne, la psychiatrie et la radiologie diagnostique ont des liens étroits avec la première ligne médicale. La Commission médicale régionale recommande qu'elles consacrent aux omnipraticiens, leurs ressources le permettant, des plages horaires leur facilitant l'accès à la consultation et au plateau technique. Plus particulièrement, concernant la psychiatrie, la Commission médicale régionale appuie le projet de mise sur pied d'un réseau d'accessibilité efficace pour les malades présentant des troubles de santé mentale.
4. Enfin, la Commission médicale régionale recommande que dans les spécialités de base, le besoin des effectifs médicaux estimés en ETP s'appuie sur un plan d'organisation des services comme l'a fait l'Association des anesthésiologistes, en 2000.

B. Les autres spécialités médicales, chirurgicales et les spécialités de laboratoire

Recommandations

Concernant les autres spécialités, la Commission médicale régionale fait les recommandations suivantes:

1. Le plan des effectifs médicaux doit permettre à tous les établissements de recruter les effectifs nécessaires à l'accessibilité aux soins et à l'enseignement.
2. La Commission médicale régionale recommande que le Ministère tienne compte dans son plan d'effectifs du fait que dans plusieurs de ces spécialités, les médecins n'exercent pas vraiment, consacrant leurs activités également à des champs pointus. La Commission médicale régionale suggère de comptabiliser ces médecins dans le plan des effectifs de la région, mais hors spécialités.
3. Certaines de ces spécialités ont des liens étroits avec la première ligne médicale. La Commission médicale régionale recommande qu'elles consacrent aux omnipraticiens, leurs ressources le permettant, des plages horaires leur facilitant l'accès à la consultation et au plateau technique de leurs spécialités.
4. Enfin, la Commission médicale régionale recommande que dans ces spécialités, le besoin des effectifs médicaux estimés en ETP s'appuie également sur un plan d'organisation des services comme l'a fait l'Association des anesthésiologistes, en 2000.

C. Les spécialités suprarégionales

Plusieurs facteurs de la conjoncture actuelle militent en faveur d'une concentration des services et des effectifs ultraspécialisés dans la région de Montréal-Centre :

1. Il y a un manque de ressources humaines, matérielles et financières : les listes d'attente s'allongent au détriment de la santé des patients ou les obligent à aller se faire traiter dans le secteur privé ou en dehors de la région ou de la province.
2. Il y a de nombreuses études dans la littérature qui démontrent l'influence positive de la concentration des services et de l'expertise sur la qualité des services.
3. Il y a des exercices antérieurs et en cours de concentration des services, exercices auxquels ont participé et adhèrent les médecins (ex. : neurochirurgie, chirurgie cardiaque).

4. La création des centres hospitaliers universitaires et la possibilité de complémentarité entre eux ou avec d'autres établissements du réseau incitent à revoir les services ultraspécialisés dans une perspective réseau.
5. Les prémisses évoquées dans le document « Collaboration-complémentarité entre établissements : partage des effectifs» s'appliquent aussi dans cet exercice.
6. Le pourcentage d'épisodes de soins dans certaines spécialités, notamment la pédiatrie, militent en faveur d'un exercice de concentration.

Section VI - Un modèle d'organisation régionale des services médicaux spécialisés sur une base sous-régionale

Un modèle d'organisation pour la région de Montréal doit prendre en considération le fait que Montréal est une région universitaire avec une vocation tant régionale que suprarégionale avec ses deux facultés de médecine, ses centres hospitaliers universitaires, ses centres affiliés universitaires et ses instituts.

Compte tenu de la grandeur de territoire et du bassin de population à desservir, l'organisation des services médicaux est plus facile à concevoir sur une base sous-régionale. Idéalement, les établissements d'une même sous-région, de vocation identique ou différente, devraient établir des lignes fonctionnelles entre eux. Le modèle doit avoir suffisamment de flexibilité pour permettre aussi des liens entre sous-régions.

À cet effet, le document intitulé « Collaboration-complémentarité entre établissements : partage des effectifs », développé par la Commission médicale régionale, est un guide aux établissements qui conviennent de se réseauter.

Recommandations

La Commission médicale régionale recommande qu'au cours du plan 2003-2005, la Régie régionale, plus particulièrement sa Direction des affaires médicales et universitaires, procède avec les directions des établissements et les médecins à leur réseautage sous-région par sous-région, aux fins :

- d'améliorer l'accessibilité aux services;

- de rendre ces services disponibles, lorsque possible, le plus près des lieux de résidence des patients;

- d'obtenir une meilleure utilisation des ressources.

Une publication du Service des communications -
Direction de l'information et de la planification de la Régie régionale
de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Information tirée de :
Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux, « *L'accès en actions* » - Avis de la Commission médicale régionale

© Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre, 2003
Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2003
ISBN 2-89510-114-0

Ce document est disponible :

- aux services documentaires
  de la Régie régionale
  de Montréal-Centre
  Téléphone : (514) 286-5604
- sur le site Web de la Régie régionale
  de Montréal-Centre :
  www.santemontreal.qc.ca
- en anglais sous le titre : *Montreal Organisation Plan for Specialised Medical Services and Medical Staffing, "Action for Access" - Summary*

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTRÉAL-CENTRE

Summary

Action for Access

Montreal Organisation Plan for Specialised Medical Services and Medical Staffing

Introduction 2

PART I 2
THE GENERAL PRACTITIONER-SPECIALIST INTERFACE IN A NETWORK OF ACCESSIBLE MEDICAL SERVICES

Section I 2
The hierarchical organisation of medical services within the territory of the Montreal-Centre Regional Board

Section II 4
The organisation of first-line medical services

PART 2 6
GUIDELINES FOR THE DEVELOPMENT OF THE REGIONAL SPECIALISED MEDICAL SERVICES AND MEDICAL STAFF ORGANISATION PLAN (PROSEM)

Section I 6
Objectives

Section II 6
Guidelines

Section III 11
The development of a methodological framework to define medical staffing needs in terms of full-time equivalents (FTEs)

Section IV 12
The concept of designated hospital centre

Section V 12
The specialty-based approach

Section VI 14
A regional organisation model of specialised medical services

HEALTH AND WELL-BEING FOR THE POPULATION OF MONTREAL

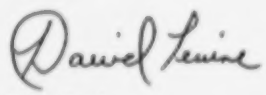
A Collective Challenge

The Regional Board is undertaking a process aimed at providing Montreal with a new strategic plan that will extend from the spring of 2003 to that of 2006. We therefore need to work together to identify our priorities for improving the health and well-being of Montreal's population.

On the basis of the results observed at the end of the 1998-2002 plan for health and access to services, we will have to make choices and implement the most appropriate solutions for efficiently providing prevention, cure, and treatment. This is a major challenge, one that compels us to make the right decisions, and I encourage Montrealers to respond to it.

The findings of this consultation process will enable me to submit a strategic three-year plan to the board of directors of the Regional Board in June of this year. This plan will be a response to the particularities of the Montreal metropolitan area as well as to the national priorities for the entire population of Quebec.

Hoping that the consultation will prove fruitful,



David Levine
President and Executive Director

This document summarizes the Regional Medical Commission's document entitled *Montreal Organisation Plan for Specialised Medical Services and Medical Staffing*. Those interested in more detail can to refer to the full text of the plan and its various appendices (see the last page for locations). Complete information on the consultation organised by the Regional Board is also available on the Board's Web site: **www.santemontreal.qc.ca.**

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

INTRODUCTION

The role of the Regional Medical Commission is to advise the Regional Board on the organisation and distribution of specialised medical services, in terms of medical staffing, the organisation of medical practice and physicians' remuneration systems. It is within this context that the Montreal Organisation Plan for Specialised Medical Services and Medical Staffing was developed. The plan will be sent out to all medical specialists. The Regional Medical Commission has requested that the plan be submitted for consultation to all of the concerned institutions and physicians. The contribution of medical specialists is essential to achieving the objectives set by the Regional Board, particularly its objectives relating to the hierarchisation of medical services and specialised first-line medical services, the goal of which is to promote a strong first-line in Montreal.

PART 1: THE GENERAL PRACTITIONER-SPECIALIST INTERFACE IN A NETWORK OF ACCESSIBLE MEDICAL SERVICES

In May 2001, the Regional Medical Commission agreed with the Medical Affairs Department that it was time to consider a regional medical services organisation plan. Two key considerations favoured such an approach:

- the creation of the Regional Department of General Medicine, with a view to organizing a functional first-line medical services network; and
- the need to meet specialised medical staffing needs through a regional specialised medical services organisation plan.

The Regional Medical Commission started by studying the hierarchisation of medical services and, by implication, the definition of the fields of practice of general practitioners and specialists for the first, second and third lines. The application of these two basic concepts, in a functional system of medical services, can ensure that the point of entry is the general practitioner, and that the patient gets to see the right doctor, at the right place and the right time so that he/she can access the right service.

Finally, in order to be effective and efficient, first-line medical practitioners must have access to diagnostic techniques and expertise. This is the background against which the guideposts for the organisation of first-line specialised medical services have been established.

Section I - Hierarchisation of medical services within the territory of the Montreal-Centre Regional Board

I. FIRST-LINE SERVICES

As the point of entry into the health care system, first-line services include all routine health services that rely on a non-equipment-intensive infrastructure to provide diagnostic and therapeutic care to people who are living at home when an health care episode occurs or who only require periodic follow-up.

Of all physicians, general practitioners are the best equipped to play the role of first-line integrators and to follow patients. It is to the general practitioners that second-line and third-line physicians return the patients who have been referred to them once the referral objective has been achieved, and whose referral is appropriate and necessary given the physicians' respective levels of competence.

First-line medicine favours group practice, an integrated routine care system and in an integrated on-call network for non-hospital emergency services.

First-line services are dispensed in physicians' offices, CLSCs, hospital emergency departments, health centres, the home, the workplace, educational institutions, rehabilitation centres, residential and long-term care centres (CHSLDs) and other residential facilities. First-line medical services are accessed by direct request by patients (with the exception of patients in rehabilitation centres and CHSLDs).

II. SECOND-LINE SERVICES

Second-line services are mostly specialised health care services for complex health problems that rely on an adapted infrastructure and a diagnostic and therapeutic technology that is equipment-intensive but widely available.

The main providers of second-line services are medical specialists as a whole, as well as general practitioners who work in hospitals (obstetrics, active geriatrics, emergency, palliative care, addiction, public health). While generally dispensed in second-line institutions (general and specialised hospital centres, rehabilitation centres, psychiatric hospitals), these services are occasionally provided in physicians' offices and polyclinics as well.

III. THIRD-LINE SERVICES

Third-line services are ultraspecialised medical services for people with either very complex or low-prevalence health problems.

Recommendations

In order to ensure that the population has access to specialised medical services upon referral, that first-line workers have close links with those working in the second and third line, and that the performance of the first-line acts by medical specialists is kept to a minimum, the Regional Medical Commission recommends that the following steps be taken as quickly as possible so that implementation of the hierarchisation of medical services can get underway:

1. **That the Board of Directors of the Montreal-Centre Regional Board adopt the concept of hierarchisation of medical services as described above;**
2. **That the President and Executive Director of the Regional Board:**

   inform all of the Regional Board's departments that he wants to see general and specialised medical services within the jurisdiction of the Montreal-Centre Regional Board organized in a manner consistent with this concept;

   inform all of the management teams, the professional services departments, and the councils of physicians, dentists and pharmacists in the institutions and all of the physicians within the Board's jurisdiction that he wants to see general and specialised medical services of the Montreal-Centre Regional Board organized in a manner consistent with this concept;

   make concerted representations to the faculties of medicine and *Collège des médecins du Québec* to ensure that the training they provide prepares their graduates to adequately perform the duties of first-line, second-line and third-line physicians;

   make representations to the medical federations and the Ministry to get them to adopt this concept and to adopt concrete measures to promote the hierarchisation of medical services (e.g., remuneration method and adjustment of the regional medical staffing plans, budgets and communications network, etc.);

   educate the population on the need to see a general practitioner before seeking specialised services;
3. **That the Medical Affairs Department and the Regional Department of General Medicine cooperate closely in organising services in accordance with the hierarchisation concept.**

Section II - The organisation of first-line medical services

The organisation of a first-line network is key to the successful functioning of the entire health and social services system. But it is a challenge that cannot be met without providing first-line physicians with the tools they need to play their role, the two indispensable tools being timely and appropriate access to technical/diagnostic facilities and to consultation with specialists.

ACCESS TO TECHNICAL/DIAGNOSTIC FACILITIES

I. FIRST-LINE NEEDS

In the light of the information available to the Regional Board and experience in the field, it seems, if no corrective measures are taken, that the present organisation of access to technical/diagnostic facilities will be unable to meet the needs of first-line medical practice as contemplated here, and will not support the implementation of a system of access to medical services that reduces the use of hospital emergency rooms.

Recommendations

To make the level of access required for the proper management of patients' health problems available, the Commission recommends:

1. That the Regional Board develop, in cooperation with the institutions and walk-in clinics, an action plan to provide access to technical/diagnostic facilities that meets the needs of a well organised first-line network throughout the Board's jurisdiction, on an extended 7-days-a-week schedule that takes clinical situations recognized as urgent, semi-urgent and elective into consideration;
2. That service agreements be signed between the Regional Board and the walk-in clinics to ensure access to technical/diagnostic facilities, at no additional charge, for all patients;
3. That the Regional Board identify and make known to all physicians the list of locations where these services can be made available within the established timeframes;
4. That a joint follow-up committee (Medical Affairs Department - Regional Medical Commission - Regional Department of General Medicine) advise the Regional Board on the orientations to be prioritised, given the identified constraints, to equip the first-line network with the tools it needs to play its role in the various clinical situations throughout the Board's jurisdiction;
5. That the computerisation of the network and the deployment of modern communication technologies be used to support and enable the organisation of first-line medical services;
6. That the Montreal-Centre Regional Board's Medical Affairs Department seek the cooperation of *Collège des médecins du Québec* and the various entities involved in medical training (universities, professional associations and federations) in efforts to optimise the appropriate use of the technical/diagnostic facilities (pre-doctoral training objectives, continuing medical education, design, updating and distribution of user guides);
7. That the Regional Board, in cooperation with the institutions and the clinics affiliated by service agreement, promote the implementation of an evaluation mechanism that will allow for an effective response if waiting times for access to technical/diagnostic facilities become unacceptable;
8. That the Regional Board, report annually to the Regional Medical Commission on the status of these recommendations.

ACCESS TO CONSULTATIONS WITH SPECIALISTS

A number of clinical situations in a family physician's practice may require consultation with a specialist. The need is generally for expertise diagnostic and/or therapeutic expertise or joint follow-up in the case of certain complex problems. It can sometimes also be a matter of a transfer for a specific episode of care (e.g., surgery) after which the specialist returns the patient to the care of the family physician.

I. FIRST-LINE NEEDS

Family physicians call upon a variety of specialists working both in offices or clinics and in hospitals, depending on the clinical status of their patients and the availability of services. General practitioners in Montreal regularly raise two major issues with respect to consultation with specialists:

- Problems of access (waiting periods, lack of information on the location of specialists' offices);
- Communication of the results of the initial consultation and any subsequent visits, as well as the treatment and follow-up plan.

Recommendations

In order to ensure the level of accessibility required for the proper management of patients' health problems, and assuming that medical staffing levels are sufficient, the Regional Medical Commission recommends:

1. That the Montreal-Centre Regional Board make a priority of computerising the offices of referring and consulting physicians and providing them with the necessary links to the Health and Social Services Telecommunications System (RTSS);
2. That the Montreal-Centre Regional Board immediately request and provide support for efforts by the institutions within its jurisdiction to optimize the use of modern communication technologies (fax, secure e-mail) and the clerical support the specialists need to communicate the relevant information to the referring physicians;
3. That the Regional Board's Medical Affairs Department seek the involvement of the *Collège des médecins du Québec* in efforts to improve the quality of the information exchanged by consulting specialists and referring physicians (precisely worded requests for consultation accompanied by all of the relevant information, consultation reports that provide as much information as possible on the investigation, treatment and follow-up plans, follow-up reports with subsequent test results);
4. That the Montreal-Centre Regional Board, in cooperation with the institutions, encourage the use of a standardized summary medical information form when a patient is discharged from hospital. The form could include a copy for the user and/or attending physician, with the original to remain in the patient's file in the place of the summary sheet that is now being used in the institutions. (This kind of form could also be used when patient has been evaluated and treated in the emergency department.);
5. That the Regional Board identify and make known to all physicians the locations where these specialised consultation services can be made available within the established waiting times, and make sure that the information is updated periodically;
6. That the Regional Board ask the medical specialists' associations and the professional services departments of the generalized and specialised hospital centres within its jurisdiction to help choose the means to remove the obstacles to achieving the accessibility objectives in the various sub-regions;
7. That the Regional Board, in cooperation with the institutions, favour the implementation of an evaluation mechanism that makes it possible to respond effectively if the waiting times for consultations in specialised external clinics become unacceptable;

Recommendations (continued)

8. That the Regional Board report yearly to the Regional Medical Commission on the status of these recommendations.

PART 2 - GUIDELINES FOR THE DEVELOPMENT OF REGIONAL ORGANISATION PLAN FOR SPECIALISED MEDICAL SERVICES AND MEDICAL STAFFING (PROSEM)

There are both legal and administrative reasons why the Montreal-Centre Regional Board must adopt a regional specialised medical services organisation plan and a specialised medical staffing plan. Legally, the Health and Social Services Act requires the institutions and the Regional Board to adopt a medical services organisation plan that justifies its use of medical resources. Administratively, Montreal has a supra-regional and regional role to play. The Regional Board must manage the resources assigned to it to provide the population it serves with access the services it needs, on the basis of a defined plan.

The regional specialised medical services and medical staff organisation plan must be based on a global vision of the medical care system, which has to be a vision of integration, because integration is the only approach that can promote the efficiency and accessibility that we want to provide to the entire the population we serve.

The second part of this document lays out the regional specialised medical services and medical staff organisation plan underlying principles. The last stage will be to develop the specialty-based plans and to determine which of them should be given priority.

Section I - Objectives

The first objective of the plan is to develop networks of specialised and ultraspecialised medical services that are capable of meeting the demand for services within acceptable or reasonable timeframes.

The second objective is to enable the institutions to better plan their medical staffing requirements and to enable the Regional Board to develop a regional plan.

Section II - Guiding principles

A. Guiding principles already accepted by the Regional Medical Commission

1- The hierarchisation of medical services

To ensure that the Montreal medical care system is functional, i.e. that enables patients to see the right doctor in the right place and at the right time, the Regional Medical Commission is recommending to the Montreal-Centre Regional Board's Board of Directors, President and Executive Director and Medical and University Affairs Department act as quickly as possible on the strategies required to start implementing the hierarchisation of medical services.

2- Specialised medical services effectively and efficiently linked with a functional first-line via an integrated system of medical services.

Physicians must imperatively have appropriate and timely access to both technical/diagnostic facilities and consultations with specialists.

To that end, the Regional Medical Commission is making specific recommendations to the Regional Board and its Medical and University Affairs Department.

3- The predominant role of the basic or local specialties in the hospital centres with an emergency department

The Regional Medical Commission sees the following specialties as the basic or local specialties required in order for a general and specialisd hospital centre with an emergency room to be functional: anaesthesiology, anatomical pathology, general surgery, obstetrics-gynaecology, orthopaedic surgery, internal medicine, psychiatry and diagnostic radiology.

4- The pooling of supra-regional specialty resources for tertiary and quaternary care

In the interest of quality of care and economy, the two university systems must pool some of their resources. In the present context, this statement of principle cannot be imposed on the institutions concerned, but the Regional Medical Commission nevertheless feels that they must make an effort to study the feasibility of concentrating resources, particularly as regards tertiary and quaternary care.

5- Cooperation-complementarity between institutions with relative autonomy in each of the sub-regions

To alleviate the problems of medical understaffing and medical service access in certain institutions, the Regional Medical Commission proposes a win-win solution of cooperation-complementarity between institutions[1]. An institution that agrees to provide physicians to an understaffed institution will be able to recruit staff above the authorised plan under a staffing plan exemption granted by the Ministry, in addition to being able to use the resources of the institution it is assisting.

Recommendations

This principle translates into the following recommendations:

1- That the Professional Services Directors Committee, using such information as the Medical and University Affairs Department's recent study of actual and anticipated shortages of specialised medical staff, identify to the Regional Board the institutions, departments and specialised clinical services whose situations reflect one or more of the problems mentioned in the premises and which would be interested in participating, on a voluntary basis, in the development of an inter-institution cooperation and complementarity project. Should two institutions would be experiencing staff shortages in the same discipline, the Medical and University Affairs Department will determine which of the two will get additional medical staff under an agreement between the institutions.

2- That the Regional Board and the institutions concerned work together to identify and establish winning conditions for each of the participating institutions, such as:

- the organisation of the targeted medical services, including the on-call system;
- the human and material resources required for effective and efficient use of specialised medical staff, as provided for in agreements; and
- the necessary budgets, with consideration for such things as:
    - the increase in costs where the services are rendered; and
    - the increase in the amount of services rendered.

1 | Collaboration-complémentarité entre établissements: partage des effectifs. PROSEM Committee. CMR. May 2002.

Recommendations (continued)

3- That the Medical and University Affairs Department, in cooperation with the Regional Medical Commission, manage medical resources in such a way as to promote the complementarity of services and the sharing of resources, using such means as the exemption mechanism, when appropriate.

4- That the Medical and University Affairs Department secure the Ministry's authorisation to manage medical staffing on a regional basis, in the event of regional shortage of medical staff in a given specialty.

5- That the Professional Services Directors Committee, the Medical and University Affairs Department and the Specialised, Ultraspecialised and Physical Health Rehabilitation Department identify the services in the university institutions that could be provided in non-university institutions, in a framework of complementarity and cooperation between them. This type of cooperation can also be developed between non-university and university hospitals.

In this context, the institution whose service coverage is ensured by the staff of another institution should allow that institution to use its human and material resources for the services that would be transferred there (e.g., use of operating rooms for surgery).

6- That the Regional Board and the Ministry agree to a model contract that they would implement and distribute. The contract would spell out how the institutions would share specialised medical staff and service corridors given their respective missions.

Furthermore, with respect to the access to services and the sharing of resources, the Regional Medical Commission advocates a certain degree of autonomy for each of the six sub-regions within its jurisdiction.

6- The Montreal region's supra-regional role

Montreal being a university region, its university hospital centres, affiliated university centres and institutes have to fulfill a three-fold mission of medical care, teaching and research. These three functions are in many cases performed by the same physicians.

The Regional Medical Commission is of the opinion that this factor has to be taken into account in any organisation plan for services and staffing if the Montreal region is to have the resources it needs to fulfill its mission.

7- An emergency room at the centre of a network in the community

The Regional Medical Commission feels that the chronic overcrowding of emergency rooms in the Montreal area cannot be overcome unless the parties upstream and downstream of the institutions work together.

The Regional Medical Commission subscribes to the territorial system concept as described in the *Guide de gestion de l'unité d'urgence* published by the Ministry in 2000.

B. Other principles requiring consideration

1- An organisation of services based on the population's real needs vs. the current supply of services

The Regional Medical Commission feels that the regional plan must take into consideration both needs and the present supply of services in proposing solutions to accessibility problems.

2- Maintaining a critical mass of patients and medical staff is essential to maintaining the quality of care and professional competence

The Regional Medical Commission is concerned about a number of factors that could hinder the optimisation of care and the professional competence of physicians:

- increasingly difficult access to operating rooms, for lack of resources
- the isolation of medical specialists, for lack of sufficient numbers
- the absence of a critical mass of patients creating conditions that require expertise.

Recommendation

The Regional Medical Commission recommends that the Standing Consultative Committee on Medical Staff Planning in Quebec (*Table de concertation permanente sur la planification des effectifs médicaux au Québec*) consider these aspects and take them into consideration in its next planning exercise. The Commission also recommends that the Regional Board and the institutions agree to concentrate certain types of surgical activities and to facilitate access to their operating rooms.

3- The presence of basic or local specialties in all general and specialised hospital centres and the hierarchisation of recruitment of the requisite staff

The Regional Medical Commission considers that the organisation of medical services in the general and specialised hospital centres must be based on the availability of staff in the local-level specialties (anaesthesiology, anatomical pathology, general surgery, obstetrics-gynaecology, orthopaedic surgery, internal medicine, psychiatry and diagnostic radiology).

4- The concentration of certain specialised medical activities

The Regional Medical Commission endorses the principle of concentrating specialised medical services providing that concentration benefits patients in terms of the accessibility and quality of services.

The Regional Medical Commission has adopted the clinical and instructional framework that should support all efforts to medical staff concentration efforts (see point 5).

5- The clinical and instructional framework that must support the concentration of certain specialised medical services in one or more institutions on the Island of Montreal

Given the guidelines on the organisation of medical services it has already adopted, the Commission considers that if services are concentrated, the following principles must apply:

1. The decision to concentrate specialised medical services must be based on the following imperatives or objectives: increased availability or accessibility, optimisation of practice for complex cases, greater effectiveness, improved efficiency, greater continuity of care.
2. The quality of medical care must be the same, regardless of where the services are concentrated.
3. The necessary professional, material and financial resources must be present or guaranteed in order to ensure quality care.
4. Under no circumstances should the concentration of medical services result in a lower level of quality of resident training; on the contrary, it should ideally add value to the experience of residents.

Recommendation

The Regional Medical Commission wants to be consulted on any plan to concentrate medical services.

6- The establishment of a process to prevent service interruptions

The Regional Medical Commission feels that the network must set up effective mechanisms to prevent interruptions of medical services and would like the Professional Services Directors Committee to review the following solutions and contribute, along with the *Fédération des médecins spécialistes du Québec* and the Regional Board, to their implementation if they are deemed acceptable:

- cooperation-complementarity between institutions of the same sub-region or another sub-region;
- creation of a sub-regional or regional emergency backup bank.

7- The inclusion of the specialised activities of physicians' offices in the organisation of services of the institutions (the affiliated medical clinics concept)

The Regional Medical Commission endorses the concept advocated by the *Fédération des médecins spécialistes du Québec* under which medical specialists' clinics could be an extension of the institutions. The Regional Medical Commission feels that there is a certain urgency that there be an agreement between the parties concerned and that such an approach can generate solutions that make it easier to access important services.

Recommendation

The Regional Medical Commission recommends that the President and Executive Director of the Regional Board approach the Ministry and propose that affiliated medical clinics be established, in cooperation with the *Fédération des médecins spécialistes*.

C. Compliance with generally recognized principles in the health care system

Without taking the time to define the already-familiar principles of universal free care, accessibility, availability, homogeneity, effectiveness, efficiency, quality of care, flow of relevant information, cooperation among caregivers, the Regional Medical Commission would like to confirm that subscribes to their application to the organisation of medical services:

Section III - The development of a methodological framework to define medical staffing need in terms of full-time equivalents

A. Specialised medical staff by institution and by specialty

As of December 1, 2001, there were 3,163 medical specialists in the staffing plan with a ministerial growth objective of 68, which means that there were 3,231 authorised positions as of March 31, 2002. According to billings to the *Régie de l'assurance maladie du Québec* (RAMQ), there were 3,216 medical specialists, for a negative variance of 15.

Finally, the fact that an institution has no practitioners in a particular specialty does not mean that it is not providing services, since it can do so via agreements with other institutions or directly with doctors who have the status of associate staff members.

B. The concept of specialty full-time equivalent (FTE)

The Ministry of Health and Social Services defines a specialty full-time equivalent as a physician whose level of activity is equivalent to the average income of practicing physicians in the same specialty during the reference year. The activity level component is determined the physician's billings to the *Régie de the assurance maladie du Québec* compared to the standardised mean of the billings of practicing physicians in the same specialty during the reference year.

Why should the concept of full-time equivalent be used to calculated specialised medical staffing needs for Montreal-Centre? In the university institutions, the same doctors provide care, teach, do research and perform administrative tasks. Since physicians working in the institutions are paid according to a mixed remuneration system that factors in the various tasks they perform, it is impossible to separate out the clinical aspect using the method of remuneration. Other factors that support the use of the clinical FTE concept include: the feminisation of the profession, the aging of medical specialists and the sharing of medical staff by institutions within and between the regions.

The definition of FTE used by the Ministry is acceptable for the time being, but in the future, it would be more appropriate to base the assessment of staff needs on the services levels determined in a forthcoming service organisation plan.

Recommendation

The Regional Medical Commission recommends that the institutions consider the model suggested by the Association of Anesthesiologists of Quebec in November 2000 in determining their medical staffing needs in each of the specialties.

Section IV - The concept of designated hospital centre

In most cases, the designation refers to the process used by the universities and the Ministry to identify the institutes, university hospital centres and affiliated hospital centres. Given the concept of cost-effectiveness involved in this process, the competition it generates between institutions and the fact that money goes where the services are, the Regional Medical Commission suggests the following principles to the Regional Board as guidelines for the designation of hospital centres for the purposes of organising services:

1) As important as cost-effectiveness may be, designation should be seen primarily, in a context of rationalised resource utilisation, as means of providing quality care.

2) Designations must be granted within the regional medical services organisation plan of the Regional Board. In other words, they must be planned and consulted on internally and externally.

3) The principles the Regional Medical Commission advocated in is clinical and instructional framework for the concentration of certain specialised medical services apply to designation.

Section V - The specialty-based approach

A. Mandatory basic or local specialties in hospital centres with an emergency room

The Regional Medical Commission feels that the institutions must be consulted in the development of a coherent a plan to organize services and staffing by specialty. However, in view of their importance in the first-line interface, the Commission has recommendations to make on the "local" basic specialties, namely: anatomical pathology, anaesthesiology, general surgery, internal medicine, psychiatry, orthopaedic surgery, obstetrics-gynaecology and diagnostic radiology.

Recommendations

The Regional Medical Commission's recommendations regarding these specialities are as follows:

1. All of these specialties with the exception of the obstetrics side of obstetrics-gynaecology must present in all of the short-term care institutions with an emergency room.
2. The medical staffing plan must enable all institutions to recruit the staff they need to ensure access to care and to fulfill their teaching obligations.

   The Regional Medical Commission recommends that the Ministry's staffing plan accounts for the fact that physicians in certain basic specialties do not practice as such, but spend their time working in highly-specialised fields such as intensive care, palliative care, vascular and thoracic surgery, etc. The Regional Medical Commission suggests that these physicians be accounted for in the regional staffing plan, but not included in the specialties.
3. Some specialties such as internal medicine, psychiatry and diagnostic radiology are closely linked with the medical first-line. To the extent that their resources permit, the Regional Medical Commission recommends that these specialties give general practitioners time slots to make it easier for them to consult and access their technical/diagnostic facilities. In the specific case of psychiatry, the Regional Medical Commission supports the plan to set up an effective access system for mental health patients.
4. Finally, the Regional Medical Commission recommends that in the basic specialties, the medical staffing full-time equivalents must be estimated on a basis of a service organisation plan similar to the one produce by the Association of Anesthesiologists in 2000.

B. Other medical and surgical specialties and laboratory specialties

Recommendations

The Regional Medical Commission's recommendations on the other specialties are as follows:

1. The medical staffing plan must enable the institutions to recruit the staff they need to provide access to care and teaching.
2. The Regional Medical Commission recommends that the Ministry's staffing plan account for the fact that in several specialties, doctors spend more time working in highly specialised fields as opposed to practicing their specialty. The Regional Medical Commission suggests that these doctors be accounted for in the regional staffing plan, but not included in the specialties.
3. Some of these specialties are closely linked to the medical first-line. To the extent that their resources permit, the Regional Medical Commission recommends that they devote time slots to general practitioners to make it easier for them to consult and access their technical/diagnostic facilities.
4. Finally, the Regional Medical Commission recommends that in these specialties full-time equivalent medical staffing needs be estimated on the basis of a service organisation plan similar to the one developed by the Association of Anesthesiologists in 2000.

C. The supra-regional specialties

Several factors in the present conjuncture favour a concentration of ultraspecialised services and resources in Montreal-Centre:

1. The lack of human, material and financial resources is resulting in longer and longer waiting lists, which in turn force patients either to endure the adverse health effects or to seek treatment in the private sector or outside of the region or the province.
2. The literature abounds with studies that demonstrate the positive effect on service quality of concentrating services and expertise.
3. The physicians have already supported and have taken part or are taking part in service concentration projects in areas such as neurosurgery and cardiac surgery.
4. The creation of the university hospital centres and the potential complementarity between them or with other institutions in the network suggest that ultraspecialised services should be revisited in a network-wide perspective.
5. The assumptions stated in the document *"Collaboration-complémentarité entre établissements: partage des effectifs"* are equally applicable to the current exercise.
6. The percentage of care episodes in certain specialties, especially paediatrics, suggest that a concentration of services would be beneficial.

Section VI - A regional organisation model of specialised medical services on a sub-regional basis

Any organisation model for the Montreal region must allow for the fact that Montreal is a university region with both a regional and a supra-regional role to play, with its two faculties of medicine, university teaching hospitals, affiliated university centres and institutes.

Given the size of the jurisdiction and size of the population to be served, it is easier to organize medical services sub-regionally. Ideally, institutions in a same sub-region should establish functional lines between each other, whether they have the same mission or not. The model also has to flexible enough to allow for links between the sub-regions.

The Regional Medical Commission's document *"Collaboration-complémentarité entre établissements: partage des effectifs"* can serve as a guide for institutions that agree to network with each other.

Recommendations

The Regional Medical Commission recommends that in the course of the 2003-2005 plan, the Regional Board, and more particularly its Medical and University Affairs Department, work with institution managements and physicians to network the institutions sub-region by sub-region, in order to:

- to improve access to services;
- to make these services available as close as possible to the patients' place of residence; and
- to make better use of resources.

Published by the Service des communications
Direction de l'information et de la planification

Information source:
Montreal Organisation Plan for Specialised Medical Services and Medical Staffing, *"Action for access"* - Regional Medical Commission

© Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre, 2003
Legal Deposit - Bibliothèque nationale du Québec, 2003
ISBN 2-89510-115-9

This document is available:

- through the documentary services of the
  Régie régionale
  de Montréal-Centre
  Telephone: (514) 286-5604
- on the Montreal-Centre Regional Board's
  Web site:
  www.santemontreal.qc.ca
- in French under the title: *Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux, « L'accès en actions » - Résumé*

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTRÉAL-CENTRE

L'accès en actions

Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux

Avis de la Commission médicale régionale

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Le **Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux, *« L'accès en actions »***, est une production du Service des communications –
Direction de l'information et de la planification
de la Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre.

Note : Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Directeur de l'information et de la planification
Louis Côté

Rédaction
Partie 1
Commission médicale régionale
Comité de direction du Département régional de médecine générale
Direction des affaires médicales de la Régie régionale
Partie 2
Commission médicale régionale
Direction des affaires médicales et universitaires de la Régie régionale

Coordination de l'édition
Hélène Perrault

Conception de la page couverture
Cossette communication-marketing

Graphisme
www.farleydw.com

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003
Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2003
ISBN 2-89510-110-8

Ce document est disponible :
- aux services documentaires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
  Téléphone : (514) 286-5604
- sur le site Web de la Régie régionale de Montréal-Centre :
  www.santemontreal.qc.ca
- en anglais sous le titre : *Montreal Organisation Plan for Specialised Medical Services and Medical Staffing, "Action for Access".*

L'accès en actions

Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés
et des besoins en effectifs médicaux

Table des matières

PARTIE I - L'INTERFACE OMNIPRATICIENS-SPÉCIALISTES DANS UN RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES MÉDICAUX - POUR UNE VISION INTÉGRÉE DE NOTRE RÉSEAU **8**

Préambule **9**

Section I - La hiérarchisation des services médicaux et la définition des champs d'exercice pour le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre **11**

I. Les services de première ligne 11

II. Les services de deuxième ligne 12

III. Les services de troisième ligne 12

IV. Définition des champs d'exercice de la première ligne, de la deuxième ligne et de la troisième ligne 13

V. RECOMMANDATIONS 14

Section II - Organisation des services médicaux en lien avec la première ligne pour le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre **16**

Accessibilité au plateau technique **16**

I. Besoins de la première ligne 16

II. Constats relatifs à la disponibilité et à l'accessibilité 17

III. SOLUTIONS PROPOSÉES 18

A. Situations urgentes (moins de 24 heures) 18

B. Situations semi-urgentes (1 à 5 jours) 18

C. Situations électives (1 à 4 semaines) 18

IV. RECOMMANDATIONS 19

Accessibilité à la consultation en spécialité **19**

I. Besoins de la première ligne 20

II. Constats relatifs à la disponibilité et à l'accessibilité 20

III. SOLUTIONS PROPOSÉES 20

A. Situations semi-urgentes (0 à 5 jours) 20

B. Situations électives (1 à 4 semaines) 21

IV. RECOMMANDATIONS 21

Annexe 1 : Mandat et composition des groupes de travail de la Commission médicale régionale 23

Annexe 2 : Formulaire « Information médicale sommaire » 31

Formulaire « Feuille sommaire clinique » 32

PARTIE II - PRINCIPES DIRECTEURS DEVANT GUIDER SON DÉVELOPPEMENT 34
LE RÉSEAUTAGE : UN MODÈLE POUR DES SERVICES PLUS ACCESSIBLES

Préambule 35
Section I - Objectifs 36
Section II - Principes directeurs 37
A- Les principes directeurs déjà acceptés par la Commission médicale régionale (CMR) 37
1- La hiérarchisation des services médicaux 37
RECOMMANDATIONS 38
2- Des services médicaux spécialisés en lien efficace et efficient avec une première ligne fonctionnelle via un réseau intégré de services médicaux 38
RECOMMANDATIONS 38
3- Le rôle prépondérant des spécialités de base ou locales dans les centres hospitaliers qui opèrent une salle d'urgence 39
4- Le regroupement des effectifs pour les soins tertiaires et quaternaires des spécialités suprarégionales 39
5- La collaboration-complémentarité entre établissements avec autonomie relative dans chacune des sous-régions 39
RECOMMANDATIONS 39
6- La vocation suprarégionale de la région de Montréal 40
7- Une salle d'urgence implantée au cœur d'un réseau dans la communauté 41
B- Considérations de certains autres principes 41
1- L'organisation des services basée sur les besoins réels de la population versus l'offre de services actuels 41
2- Le maintien d'une masse critique de patients et d'effectifs médicaux essentielle à la qualité des soins et au maintien de la compétence professionnelle 42
RECOMMANDATIONS 42
3- La présence des spécialités de base ou locales dans tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et la mise en priorité du recrutement des effectifs nécessaires 42
4- La concentration de certaines activités médicales spécialisées 43
5- Le cadre clinique et pédagogique qui doit supporter la concentration de certains services médicaux spécialisés dans un ou des établissements de la région de l'Île de Montréal 43
RECOMMANDATIONS 43
6- La mise en place d'un processus pour éviter les bris de services 43
7- L'inclusion des activités spécialisées des cabinets dans l'organisation des services des établissements : le concept de cliniques médicales affiliées 44
RECOMMANDATIONS 44
C- Le maintien des principes généralement reconnus dans le réseau de la santé 44
Section III - Élaboration d'un cadre méthodique pour définir les besoins en effectifs médicaux en équivalent temps plein (ETP) 45
A- Les effectifs médicaux spécialisés par établissement et par spécialité 45
B- La notion d'équivalent temps plein (ETP) en spécialités 45
1- Définition 45
2- Pertinence de l'utilisation de la notion d'ETP dans le calcul des besoins en effectifs médicaux spécialisés pour la région de Montréal-Centre 45
3- Méthodologie proposée aux établissements pour définir leurs besoins d'effectifs médicaux en ETP 46
RECOMMANDATIONS 46

Section IV - La notion de centre hospitalier désigné **47**

Section V - Approche par spécialité **48**

A- Les spécialités de base ou locales qui doivent être présentes dans tous les centres hospitaliers qui opèrent une salle d'urgence 48

RECOMMANDATIONS 48

B- Les autres spécialités médicales, chirurgicales et les spécialités de laboratoire 49
RECOMMANDATIONS 49

C- Les spécialités suprarégionales 49

Section VI - Un modèle d'organisation régional de services médicaux spécialisés sur une base régionale **50**

RECOMMANDATIONS 50

Annexe 3 - Comité de la Commission médicale régionale sur l'organisation des services médicaux spécialisés 53
Comité PROSEM sur l'organisation des services médicaux spécialisés et surspécialisés dans la région de Montréal-Centre 54

Annexe 4 - Modèle d'organisation et d'intégration des services médicaux en réseau sur le territoire de l'île de Montréal (Corridors de services) : un réseau de soins médicaux à mettre en place, d'ici 2010 pour le mieux-être de la population - Direction des affaires médicales pour la Commission médicale régionale, novembre 2001 55

Annexe 5 - Collaboration-complémentarité entre établissements : partage des effectifs 83
Comité PROSEM, Régie régionale de Montréal-Centre, mai 2002

Annexe 6 - Provider volume and clinical outcomes in surgery : Issues and implication, ... 99
Bulletin of the American College of Surgeons, juin 2002, pp. 21-26

Annexe 7 - Présentation au comité de gestion sur les effectifs médicaux, Association des anesthésiologistes du Québec, novembre 2000 107

Annexe 8 - Interface 1re ligne - 2e ligne, Association des médecins psychiatres du Québec, avril 2002 125

Annexe 9 - Tableau - Répartition des portions d'épisodes de soins hospitaliers en lien avec le niveau d'accès 3 147
Tableau - Répartition des portions d'épisodes de soins hospitaliers en lien avec le niveau d'accès 3 (volet CHU) 148

Annexe 10 - Carte - Découpage territorial des sous-régions du Département régional de médecine générale et des centrals Info-Santé 149

Lexique et acronymes

Commission Clair : Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux

Heures défavorables : heures de soirée, nuit, fin de semaine et jour férié

Ministère : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Services de première ligne : Porte d'entrée du système de santé, les services de première ligne sont le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ils comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux, qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical, de la population.

Services de deuxième ligne : Ces services, tant sociaux que médicaux, permettent de résoudre les problèmes complexes. Ils comprennent des services d'assistance, de soutien, d'hébergement et un ensemble de services spécialisés qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et, pour les services médicaux, une technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue.

Services de troisième ligne : Niveau de la médecine ultraspécialisée, ces services s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est très faible (concept de rareté).

AMOM : Association des médecins omnipraticiens de Montréal

CAU : centre affilié universitaire

CHSGS : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée

CHSP : centre hospitalier de soins psychiatriques

CHU : centre hospitalier universitaire

CLSC : centre local de services communautaires

CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CMR : Commission médicale régionale

CR : centre de réadaptation

DAMU : Direction des affaires médicales et universitaires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

DRMG : Département régional de médecine générale

DSP : Directeur des services professionnels

ECG : électrocardiogramme

EEC : électro-encéphalogramme

EMC : éducation médicale continue

EMG : électromyogramme

ETP : équivalent temps plein

FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

FMRQ : Fédération des médecins résidents du Québec

FMSQ : Fédération des médecins spécialistes du Québec

GMF : groupe de médecine de famille

MAPA : mesure ambulatoire de la pression artérielle

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

PREM : Plan régional des effectifs médicaux

PROS : Plan régional d'organisation des services médicaux

PROSEM : Plan régional d'organisation des services et des effectifs médicaux

RMN : résonance magnétique nucléaire

RTSS : Réseau de télécommunication sociosanitaire

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

PARTIE I

L'interface omnipraticiens-spécialistes dans un réseau d'accessibilité des services médicaux

POUR UNE VISION INTÉGRÉE DE NOTRE RÉSEAU

Préambule

Les trois instances médicales de la Régie régionale sont heureuses de déposer au conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre les documents ci-joints.

En mai 2001, la Commission médicale régionale convenait de suivre l'avis de la Direction des affaires médicales de se pencher sur un plan régional d'organisation des services médicaux. Deux éléments importants militaient en faveur d'une telle démarche :

- La création du Département régional de médecine générale et son intention d'organiser un réseau de services médicaux de première ligne fonctionnel.
- La nécessité d'appuyer les besoins en effectifs médicaux spécialisés sur un plan régional d'organisation de services médicaux spécialisés.

À cette date, la Commission médicale régionale a donc convenu de se doter d'un groupe de travail (comité plénier) et de deux sous-groupes, l'un portant sur les services médicaux spécialisés en lien avec la première ligne et l'autre sur le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et sur les effectifs médicaux spécialisés. Le mandat et la composition de ces diverses instances se retrouvent à l'annexe 1. Les sept principes suivants constituent l'assise des travaux complétés et à faire :

1. **La hiérarchisation des services médicaux - accès aux soins de santé via l'omnipraticien (porte d'entrée).**
2. **Des services médicaux spécialisés en lien efficace et efficient avec une première ligne fonctionnelle via un réseau intégré de services médicaux.**
3. **Le rôle prépondérant des spécialités de base et leur lien avec la première ligne.**
4. **Le regroupement des effectifs pour les soins tertiaires et quaternaires et des spécialités suprarégionales.**
5. **La collaboration-complémentarité entre les établissements (réseaux) avec autonomie relative de chacune des six sous-régions de la région de Montréal pour les soins primaires et secondaires.**
6. **Une vocation suprarégionale avec des ressources qui en tiennent compte.**
7. **Une salle d'urgence implantée au cœur d'un réseau de soins dans la communauté.**

Il allait de soi que la Commission médicale régionale veuille d'abord se pencher sur le dossier de la hiérarchisation des services médicaux, puis sur ce qui en découle, la définition des champs d'exercice de la première, deuxième et troisième lignes pour les médecins omnipraticiens et spécialistes. Ces deux concepts de base font consensus tant auprès de la Commission médicale régionale que du Département régional de médecine générale. Ils permettent, dans un réseau fonctionnel de services médicaux, de s'assurer que la porte d'entrée est l'omnipraticien et que le patient puisse voir le bon médecin, au bon endroit, au bon moment pour lui permettre d'avoir accès au bon service requis.

Enfin, pour être efficace et efficiente, la pratique médicale de première ligne doit pouvoir compter sur

l'accessibilité aux techniques diagnostiques et à l'expertise. C'est donc sur cette toile de fond que les balises de l'organisation des services médicaux spécialisés en lien avec cette première ligne ont été établies.

Ce document résulte d'une consultation auprès du Département régional de médecine générale pour connaître ses besoins et ses attentes, d'un inventaire fait auprès des établissements pour établir les délais d'accessibilité et de l'expérience terrain des médecins qui ont contribué à sa rédaction. Il existe de sérieux problèmes d'accès pour lesquels la Commission médicale régionale propose des solutions. À cet effet, les recommandations interpellent diverses instances à agir de façon concertée si l'on veut permettre aux omnipraticiens et aux médecins spécialistes d'assumer efficacement leurs fonctions et si l'on veut que les patients aient accès aux services dont ils ont besoin, ailleurs que dans les salles d'urgence, chaque fois que c'est possible.

La Commission médicale régionale, le Département régional de médecine générale et la Direction des affaires médicales sont certains que les médecins de notre région sont prêts à relever ce défi dans les meilleurs délais, si les solutions proposées sont implantées.

Section I

La hiérarchisation des services médicaux et la définition des champs d'exercice pour le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre

La Commission médicale régionale, reconnaissant l'importance de la complémentarité des services, propose ce qui suit en s'inspirant de la définition de la hiérarchisation des services médicaux telle que retenue par le Conseil médical du Québec en 1995 lors de ses travaux sur le sujet.

La définition retenue décrit les lignes de services qui se réfèrent à l'organisation du système de santé et au cheminement du patient à l'intérieur de celui-ci : les services de première ligne, les services de deuxième ligne et les services de troisième ligne.

I. LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Ils sont la porte d'entrée du système de santé. Ils comprennent un ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques. Ils s'adressent à une population vivant à domicile ou dans un milieu réputé être son domicile lors de tout nouvel épisode de soins ou dans le contexte d'un suivi périodique.

Ils ont les caractéristiques suivantes :

1) l'accessibilité (24 heures/7 jours, délai raisonnable, milieu de vie des gens)

2) la globalité (solutions à un vaste éventail de problèmes de nature préventive, diagnostique, curative, de réadaptation et de nature palliative)

3) la continuité (suivi régulier)

4) l'homogénéité (services comparables de même qualité durant les heures normales ou défavorables et en tout milieu).

Les médecins omnipraticiens sont les mieux outillés pour assurer le rôle d'intégrateur en première ligne et assurer le suivi des patients. Les médecins de deuxième ligne et troisième ligne retournent les patients qui leur ont été référés, une fois l'objectif de référence atteint, et pour lesquels il est indiqué d'assurer le suivi à ce niveau dans le respect des compétences mutuelles.

La médecine de première ligne favorise la pratique de groupe, un réseau intégré d'accessibilité à des soins courants et un réseau de garde intégré pour les services d'urgence hors hospitaliers.

Les services de première ligne sont dispensés en cabinets, en CLSC, dans les services des urgences des centres hospitaliers, en centres de santé, à domicile, en milieu de travail, dans les institutions d'enseignement, en centres d'accueil, en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et autres milieux d'hébergement.

L'accès à des services médicaux de première ligne se fait à la demande directe des patients (à l'exception des centres d'accueil et CHSLD). L'intervention des médecins spécialistes en première ligne n'est pas souhaitable.

II. LES SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE

Ils permettent de résoudre les problèmes complexes de santé. Ils sont des services surtout spécialisés de santé qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et une technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue.

Ils ont comme principales caractéristiques :

1) l'accessibilité sur référence

2) la spécificité des services concernant des domaines particuliers nécessitant l'infrastructure d'un établissement ou des équipements spéciaux

3) le caractère ponctuel des services, c'est à dire qu'une fois l'objectif de la référence atteint, les patients sont retournés en première ligne, s'il est indiqué d'assurer le suivi à ce niveau, dans le respect des compétences mutuelles

4) les principaux dispensateurs sont l'ensemble des médecins spécialistes, mais on retrouve aussi des omnipraticiens impliqués en milieu hospitalier (obstétrique, gériatrie active, salle d'urgence, soins palliatifs, toxicomanie, santé publique)

5) les services sont généralement dispensés en établissement de deuxième ligne (centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) centres de réadaptation (CR), centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP)), mais aussi parfois en cabinets et en polycliniques[1].

III. LES SERVICES DE TROISIÈME LIGNE

Il s'agit du niveau de la médecine ultraspécialisée. Ces services s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est faible.

Ces services ont les caractéristiques suivantes :

1) l'accessibilité sur référence médicale seulement

2) l'accessibilité à des niveaux uniquement suprarégional et provincial

3) la spécificité des services : personnel hautement qualifié, plateaux techniques à la fine pointe, formation de base et complémentaire nécessaire, dispensés uniquement en centres hospitaliers à vocation ultraspécialisée.

1 Pour respecter la réalité montréalaise, l'on se doit de reconnaître que des médecins omnipraticiens dispensent en cabinets des services spécifiques de 2e ligne pour certaines problématiques spécifiques (ex : VIH, methadone, toxicomanie)

IV. DÉFINITION DES CHAMPS D'EXERCICE DE LA PREMIÈRE LIGNE, DE LA DEUXIÈME LIGNE ET DE LA TROISIÈME LIGNE

PREMIÈRE LIGNE

- Soins médicaux courants dans les cabinets médicaux, cliniques médicales, unités de médecine familiale ou CLSC :
  - consultations médicales avec rendez-vous
  - consultations médicales sans rendez-vous y compris en heures défavorables
  - consultations médicales à domicile dans le cadre de programmes spécifiques ou non;
- Programmes spécifiques faits en centres hospitaliers et en CLSC;
- Urgences santé, service des urgences des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés;
- CHSLD et autres milieux d'hébergement : soins courants aux patients admis ou inscrits, garde en disponibilité;
- Milieu carcéral;
- Activités médico-administratives;
- Activités d'enseignement.

DEUXIÈME LIGNE

- Toutes les activités faites en établissements par les médecins spécialistes;
- Certaines activités faites en cabinets ou en cliniques par les médecins spécialistes;
- Certaines activités faites en cabinets ou en cliniques par les médecins omnipraticiens[2];
- Certaines activités faites en établissements par les médecins omnipraticiens :

  Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, Centres hospitaliers universitaires, Centres affiliés universitaires, Instituts :
  - soins aux malades admis ou aux cliniques externes
  - urgence
  - soins intensifs ou coronariens
  - gériatrie
  - soins palliatifs
  - obstétrique
  - psychiatrie
  - assistance chirurgicale
  - pédiatrie et périnatalité

2 Pour respecter la réalité montréalaise, l'on se doit de reconnaître que des médecins omnipraticiens dispensent en cabinets des services spécialisés de deuxième ligne pour certaines problématiques spécifiques (ex. : VIH, méthadone, toxicomanie)

- toxicomanie
- santé publique

Centres hospitaliers de soins psychiatriques, Centres de réadaptation
- soins courants aux patients admis ou inscrits, garde en disponibilité;

- Système de garde en disponibilité dans ces établissements;
- Activités médico-administratives;
- Activités d'enseignement.

TROISIÈME LIGNE

- Radio-oncologie;
- Neurochirurgie;
- Cardiologie tertiaire;
- Génétique médicale;
- Les volets d'activités de troisième ligne de plusieurs autres spécialités;
- Activités médico-administratives;
- Activités d'enseignement.

Recommandations

Consciente qu'il est impérieux

- de faire des services de première ligne la porte d'entrée du système de santé,
- d'assurer la disponibilité des services courants en première ligne, 24 heures par jour, 7 jours par semaine,
- d'assurer à la population l'accessibilité à des services médicaux spécialisés sur référence,
- d'assurer des liens étroits entre les intervenants de première ligne et ceux de la deuxième ligne et de la troisième ligne, dans le temps requis et sans délai indu,
- d'éviter dans la mesure du possible que les actes de première ligne soient fournis par les médecins spécialistes,

la Commission médicale régionale recommande de mettre en place dans les meilleurs délais ces stratégies pour amorcer la démarche d'implantation de la hiérarchisation des services médicaux :

1. Que le conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre fasse sien le concept de la hiérarchisation des services médicaux ci-énoncés;
2. Que le président-directeur général de la Régie régionale :

   sensibilise toutes les directions de la Régie régionale de sa volonté que l'organisation des services médicaux généraux et spécialisés sur le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre respecte et repose sur ce concept;

   sensibilise toutes les directions générales, les directions des services professionnels, les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements et tous les médecins du territoire de sa volonté que l'organisation des services médicaux généraux et spécialisés sur le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre respecte et repose sur ce concept;

Recommandations (suite)

fasse des représentations concertées auprès des facultés de médecine et du Collège des médecins du Québec pour que la formation des médecins les prépare à assumer adéquatement le rôle de médecins de première ligne ou de deuxième ligne et de troisième ligne;

fasse des représentations auprès des fédérations médicales et du Ministère pour qu'ils acceptent ce concept et qu'ils mettent en place des moyens concrets pour favoriser la hiérarchisation des services médicaux (ex. : mode de rémunération, adaptation des plans régionaux des effectifs médicaux, des budgets, du réseau de communication, etc.);

sensibilise la population à consulter un médecin omnipraticien avant de se diriger vers les services spécialisés;

3. que la Direction des affaires médicales et le Département régional de médecine générale collaborent étroitement dans cette organisation des services, dans le respect de ce concept de hiérarchisation.

Section II

Organisation des services médicaux en lien avec la première ligne pour le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre

Accessibilité au plateau technique

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) considère que l'organisation d'un réseau de première ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux. Pour réaliser un tel projet, il est cependant essentiel de fournir aux médecins qui y oeuvrent les outils nécessaires pour accomplir leur rôle : dispenser à la population les services médicaux requis au maintien et à l'amélioration de son état de santé. L'accessibilité appropriée à un plateau technique diagnostique et à la consultation spécialisée en temps opportun en constitue deux éléments indispensables. Il serait ainsi possible et réalisable d'assurer à la population le bon service requis, au bon moment, par le bon médecin et au bon endroit.

I. BESOINS DE LA PREMIÈRE LIGNE

Tenant compte des besoins identifiés par les médecins membres du comité de direction du Département régional de médecine générale de Montréal, les omnipraticiens du territoire doivent avoir les outils nécessaires pour répondre aux exigences de leur rôle clinique. Il s'agit généralement :

- Des prélèvements sanguins, microbiologiques et cytologiques de base;
- De l'imagerie médicale comprenant les examens radiographiques, fluoroscopiques, échographiques (incluant le Doppler), la tomographie axiale assistée par ordinateur (CT-Scan), la résonance magnétique nucléaire (RMN) et les examens scintigraphiques;
- Des examens d'électrophysiologie tels que ECG (repos, effort, thallium, MIBI) EMG et EEG;
- Des tests de fonctions respiratoires.

Certains autres tests diagnostiques comme l'endoscopie impliquent généralement une consultation préalable.

Les délais d'accessibilité attendus et proposés afin d'assurer une première ligne efficace sont les suivants :

Moins de 24 heures pour les situations urgentes,
soit le jour même, avec communication des résultats au médecin requérant dans les **deux (2) heures** qui suivent l'examen;

1 à 5 jours pour les situations semi-urgentes
avec communication des résultats au médecin requérant la **journée même** de l'examen;

1 à 4 semaines pour les situations électives
avec communication des résultats au médecin requérant dans un **délai d'une semaine ou moins**.

II. CONSTATS RELATIFS À LA DISPONIBILITÉ ET À L'ACCESSIBILITÉ

À la lumière de données disponibles à la Régie régionale (questionnaires et sondage téléphonique auprès des établissements) couplées à l'expérience terrain, certains constats peuvent être faits par les membres du comité de travail :

- Quoique la disponibilité des examens identifiés précédemment est présente sur tout le territoire, leur accessibilité est très variable dans le temps, selon les sous-régions et les établissements concernés. La résonance magnétique, par exemple, est difficilement accessible dans le réseau public dans un délai raisonnable. La situation est problématique pour le CT-Scan et l'échographie, et elle est préoccupante pour la scintigraphie dans le cas de demandes électives. De nombreuses démarches sont nécessaires de la part du patient ou du médecin requérant pour obtenir un rendez-vous en urgence et semi-urgence pour ces types d'examens. Souvent la solution demeure la référence à la salle des urgences des centres hospitaliers. En contrepartie, pour la radiologie générale (radiographie et fluoroscopie) une cinquantaine de cliniques radiologiques suppléent favorablement aux centres hospitaliers. L'accessibilité au CT-Scan, à la résonance magnétique nucléaire et à l'échographie dans les cliniques radiologiques hors établissement équipées de cette technologie est nettement améliorée (environ 1 semaine) moyennant un déboursé exigé au patient.

- Les prélèvements sanguins et microbiologiques de base peuvent être effectués sans rendez-vous soit en CLSC ou en centres hospitaliers selon une organisation sous-régionale différente. Ces modalités satisfont d'une façon inégale les exigences cliniques dites électives pour ce genre d'analyses, mais ne permettent pas d'assurer les services adéquats pour les situations urgentes et semi-urgentes durant les fins de semaine et les jours fériés puisque leur disponibilité est réduite à une plage horaire définie et limitée.

- Les examens en électrophysiologie semblent généralement accessibles pour ce qui est de l'ECG au repos et l'EEG. La situation est plus problématique pour l'ECG avec effort et/ou thallium, le Holter et la MAPA[3], ainsi que pour l'EMG.

- L'accessibilité aux tests de fonction respiratoire pour une demande élective est variable en centre hospitalier sur notre territoire. Elle s'estime en moyenne entre 30 et 60 jours. Seulement 4 établissements offrent des examens de polysomnographie pour les patients adultes et un pour la clientèle pédiatrique avec des délais d'attente (en électif) pouvant atteindre de 60 jours à un an pour l'adulte, et 30 jours pour l'enfant.

- L'informatisation, la mise en réseau de l'information concernant les services de santé rendus (établissements, cabinets, CLSC) et l'application des technologies modernes de communication accusent un retard qui nuit à la performance du réseau de la santé et de ses professionnels.

L'organisation actuelle concernant l'accès aux plateaux techniques semble donc inadaptée aux besoins de la

3 | Mesure ambulatoire de la pression artérielle.

pratique médicale de première ligne telle qu'envisagée et ne supportera pas la mise sur pied d'un réseau d'accessibilité aux services médicaux susceptible de diminuer le recours aux salles d'urgence des centres hospitaliers si aucun correctif n'est apporté.

III. SOLUTIONS PROPOSÉES

Il est donc suggéré que soit mis à la disposition des omnipraticiens un plateau technique approprié à la situation clinique, adapté au degré d'urgence de l'état de santé du patient, qui répond aux besoins suivants :

A. Situations urgentes (moins de 24 heures)

Prélèvements sanguins et microbiologiques :

- Accessibilité en horaire élargi (environ 08h00-20h00), en semaine, en fin de semaine et les jours fériés
- Au(x) centre(s) de prélèvements identifié(s), sans rendez-vous
- Avec transmission des résultats au médecin requérant de façon rapide (environ 2 heures)
- Les analyses visées sont principalement celles couramment sollicitées pour la clientèle ambulatoire dans une salle d'urgence d'un centre hospitalier.

Radiographie simple, échographies abdominale et pelvienne, Doppler veineux :

- Accessibilité en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ou en cliniques hors établissement identifiées dans chaque sous-région avec le même horaire élargi (environ 08h00-20h00) en conformité avec les ententes préétablies.

Électrophysiologie :

- L'ECG constitue un examen essentiel d'urgence qui doit être accessible lorsque non disponible immédiatement sur place (clinique, cabinet, CLSC).

B. Situations semi-urgentes (1 à 5 jours)

Les examens à considérer sont, en plus de ceux identifiés au point A :

- Les examens de radiologie en graphie, en fluoroscopie et le CT-Scan
- L'électrophysiologie (ECG, EEG).

Ces examens seront généralement effectués en centre hospitalier ou en clinique hors établissement, en conformité avec les ententes préétablies.

C. Situations électives (1 à 4 semaines)

La gamme complète des examens diagnostiques, conformément aux conduites cliniques reconnues.

Recommandations

Afin de rendre disponible le niveau d'accessibilité requis pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des patients, nous recommandons :

1. Que la Régie régionale élabore, en collaboration avec les établissements et les cliniques hors établissement, un plan d'action afin de rendre accessible un plateau technique qui réponde aux besoins d'un réseau de première ligne bien organisé sur tout le territoire selon un horaire élargi, 7 jours par semaine, qui tienne compte des situations cliniques reconnues urgentes, semi-urgentes et électives;
2. Que des ententes de services soient faites entre la Régie régionale et les cliniques hors établissement afin d'assurer l'accessibilité au plateau technique, sans déboursé additionnel, pour tous les patients;
3. Que la Régie régionale identifie et fasse connaître à tous les médecins la liste des lieux où ces services pourront être disponibles dans les délais établis;
4. Qu'un comité conjoint (Direction des affaires médicales - Commission médicale régionale - Département régional de médecine générale) de suivi puisse conseiller la Régie régionale sur les orientations à privilégier tenant compte des contraintes identifiées afin de doter le réseau de première ligne des outils nécessaires à l'accomplissement de son rôle selon les différentes situations cliniques sur tout le territoire;
5. Que l'informatisation du réseau et le déploiement des technologies modernes de communication puissent supporter et permettre l'organisation des services médicaux de première ligne;
6. Que la Direction des affaires médicales de la Régie régionale de Montréal-Centre sollicite la participation du Collège des médecins du Québec, en lien avec les différentes instances impliquées dans la formation médicale (les universités, les associations et les fédérations professionnelles) afin d'optimiser l'utilisation appropriée de ce plateau technique (objectifs de formation prédoctorale, éducation médicale continue, conception, mise à jour et diffusion de guides d'utilisation);
7. Que la Régie régionale, en collaboration avec les établissements et les cliniques affiliées par entente de services, favorise l'implantation d'un mécanisme d'évaluation pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès au plateau technique deviennent inacceptables;
8. Que la Régie régionale, sur une base annuelle, fasse rapport à la Commission médicale régionale sur l'état de réalisation de ces recommandations.

Accessibilité à la consultation en spécialité

Plusieurs situations cliniques dans la pratique d'un médecin de famille peuvent nécessiter la consultation auprès d'un collègue spécialiste. Le besoin en est généralement un d'expertise diagnostique et/ou thérapeutique ou de suivi conjoint dans le cas de certaines problématiques complexes. Il peut parfois aussi s'agir d'un transfert pour un épisode de soins spécifique (par exemple lors d'une chirurgie) après lequel le médecin spécialiste retourne le patient aux soins du médecin de famille.

Le Groupe de travail du Collège des médecins de famille du Canada et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada affirme : « Le rôle du spécialiste consultant est d'évaluer le problème porté à son attention, de juger de l'état du malade et de communiquer sans tarder ses conclusions au malade et à son médecin traitant. Normalement, les médecins consultants devraient retourner les malades à leur médecin de famille pour la poursuite du traitement : cependant il est parfois approprié que le spécialiste consultant dispense des soins simultanés ou de longue durée. »

I. BESOINS DE LA PREMIÈRE LIGNE

Les médecins de famille ont recours aux différents spécialistes autant en cabinets ou cliniques qu'en centres hospitaliers selon l'état clinique de leur patient et la disponibilité des services. Certaines spécialités ne nécessitant pas souvent de plateaux techniques lourds sont majoritairement disponibles dans les cliniques médicales (dermatologie, endocrinologie, gynécologie, par exemple). D'autres, par contre, sont davantage en milieu hospitalier (cardiologie, pneumologie, médecine interne, gastro-entérologie, etc.)

Les délais de consultation doivent être adaptés à la situation :

- une condition nécessitant des soins immédiats impliquera le plus souvent une référence au service des urgences;
- une condition semi-urgente : le patient doit être évalué ou traité dans un délai de 0 à 5 jours;
- toute autre condition : un délai de 1 à 4 semaines peut être raisonnable.

Il va de soi que pour être en mesure de répondre à ces attentes, les consultants (et leurs patients) doivent pouvoir compter sur la disponibilité appropriée du plateau technique.

II. CONSTATS RELATIFS À LA DISPONIBILITÉ ET À L'ACCESSIBILITÉ

Les omnipraticiens de Montréal soulèvent régulièrement deux problématiques majeures concernant la consultation en spécialité :

- L'accès à la consultation (délais, manque d'information sur la localisation des cabinets des spécialistes);
- La communication des résultats de la consultation initiale et des visites subséquentes, le cas échéant, et du plan de traitement et de suivi.

III. SOLUTIONS PROPOSÉES

A. Situations semi-urgentes (0 à 5 jours)

Les médecins de certaines spécialités sont plus susceptibles d'avoir à répondre à des consultations semi-urgentes, par exemple : la médecine interne, la cardiologie, la pneumologie, la gastro-entérologie, etc.

Les conditions semi-urgentes risquent plus souvent d'impliquer l'utilisation d'un plateau technique plus « lourd », généralement disponible en centre hospitalier. Il faudrait donc prévoir :

- Une accessibilité en clinique externe ou en centre ambulatoire avec des plages de rendez-vous réservées auprès des consultants à des nouveaux patients de même qu'aux patients déjà connus dont l'état se détériore;
- L'optimisation de l'efficience des cliniques externes hospitalières (confirmation des rendez-vous des nouveaux patients, gestion serrée des rendez-vous, etc.);
- La disponibilité appropriée du plateau technique pour le médecin consultant;

- La transmission des résultats de la consultation et du plan de traitement au médecin requérant de façon rapide : le jour même si le patient est immédiatement retourné aux soins de l'omnipraticien, ou dans un délai d'une semaine ou moins dans les autres cas.

B. Situations électives (1 à 4 semaines)

Toutes les spécialités cliniques sont visées par des consultations électives. Le lieu de la consultation peut autant être en cabinet ou clinique qu'en clinique externe ou en centre ambulatoire, dépendant de l'organisation de chaque spécialité.

Une accessibilité adéquate implique :

- Une prise de rendez-vous facilitée;
- Des plages de rendez-vous disponibles auprès des consultants pour des nouveaux patients;
- L'optimisation de la gestion des rendez-vous, particulièrement dans les cliniques externes des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés;
- La disponibilité appropriée du plateau technique pour les médecins consultants;
- La transmission des résultats de la consultation et du plan de suivi et de traitement au médecin requérant dans un délai d'une semaine ou moins.

Recommandations

Afin de rendre disponible le niveau d'accessibilité requis pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des patients, assumant les effectifs médicaux suffisants, la Commission médicale régionale recommande :

1. **Que la Régie régionale de Montréal-Centre supporte de façon prioritaire l'informatisation des lieux de consultation des médecins requérants et consultants, avec les liens nécessaires au Réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS);**
2. **Que la Régie régionale de Montréal-Centre demande et supporte, dès maintenant, auprès des établissements de son territoire, l'optimisation de l'utilisation des technologies modernes de communication (télécopie, courrier électronique sécurisé) et du support clérical requis par les médecins spécialistes pour transmettre les informations pertinentes aux médecins référants;**
3. **Que la Direction des affaires médicales de la Régie régionale sollicite l'implication du Collège des médecins du Québec afin d'améliorer la qualité des informations échangées entre les spécialistes consultants et les médecins référants (demandes de consultation précises et accompagnées de toutes les informations pertinentes, rapports de consultation les plus informatifs possible au sujet des plans d'investigation, de traitement et de suivi, rapports d'évolution avec résultats de tests subséquents);**
4. **Que la Régie régionale de Montréal-Centre, en collaboration avec les établissements, encourage l'utilisation d'un formulaire standardisé de résumé d'information médicale sommaire (voir annexe 2) lors du congé d'un patient hospitalisé. Ce formulaire devrait comprendre une copie à remettre à l'usager et/ou à son médecin traitant, et l'original à laisser au dossier du patient en remplacement de la feuille sommaire actuellement utilisée dans les établissements. (Ce type de formulaire peut aussi servir lorsqu'un patient a été évalué et traité au service des urgences.);**
5. **Que la Régie régionale identifie et fasse connaître à tous les médecins la liste des lieux où ces services de consultation spécialisée pourront être disponibles dans les délais établis, et s'assure de la mise à jour périodique de cette information;**

Recommandations (suite)

6. Que la Régie régionale sollicite les associations de médecins spécialistes et les directions des services professionnels des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de notre territoire afin de choisir les moyens qui permettront de lever les contraintes à la réalisation des objectifs d'accessibilité dans les différentes sous-régions;
7. Que la Régie régionale, en collaboration avec les établissements, favorise l'implantation d'un mécanisme d'évaluation pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès aux consultations en cliniques externes spécialisées deviennent inacceptables;
8. Que la Régie régionale, sur une base annuelle, fasse rapport à la Commission médicale régionale sur l'état de réalisation de ces recommandations.

Annexe I

MANDAT ET COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL DE LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE

GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

COMITÉ PLÉNIER

MANDAT :

Faire des propositions à la Commission médicale régionale concernant :

1. L'organisation des services médicaux spécialisés eu égard :
   a) à la hiérarchisation des services;
   b) aux corridors de services compte tenu de la vocation des établissements de la région et des besoins de la population à desservir;
   c) aux besoins de la première ligne.
2. Les besoins en effectifs médicaux compte tenu :
   a) des modes d'organisation et des principes de gestion qui seront proposés;
   b) de la réalité universitaire actuelle et à venir.

COMPOSITION :

Deux membres du comité des effectifs médicaux spécialisés de la Commission médicale régionale, des milieux universitaires, désignés par la Commission médicale régionale et qui agiront à titre de coprésidents du comité :
Dr Robert Amyot et Dr Samuel Benaroya

Un médecin spécialiste du milieu universitaire désigné par la Commission médicale régionale :
Dr Martin Juneau

Un médecin spécialiste du milieu non universitaire désigné par la Commission médicale régionale :
Dr Louis Bouchard

Deux médecins omnipraticiens :
- un médecin membre du comité PROS ou du comité PREM désigné par le DRMG :
Dr Serge Dulude et Dre Louise Authier
- un médecin membre de la Commission médicale régionale désigné par la Commission médicale régionale :
Dre Lise Cusson

Trois directeurs des services professionnels (DSP) désignés par la Commission médicale régionale :
- deux directeurs des services professionnels provenant d'un établissement universitaire :
Dr Denis Roy et Dr Louis Dufresne

- un directeur des services professionnels provenant d'un établissement non universitaire :
Dr Charles Bellavance

Un médecin résident membre de la Commission médicale régionale et désigné par la Commission médicale régionale :
Dr Jean-Sébastien Delisle

Un médecin spécialiste conseil de la Direction des affaires médicales affecté à ce dossier et qui agira à titre de secrétaire du comité :
Dr Fernand Laurendeau

Le directeur des affaires professionnelles de la Fédération des médecins spécialistes du Québec :
Dr Jacques Provost

Le directeur de la Direction des affaires médicales :
Dr Guy Legros

Le directeur-adjoint de la Direction des affaires médicales :
Dr Jean Cloutier

COMITÉ DE LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE SUR L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

GROUPES DE TRAVAIL

1re SOUS-COMITÉ SUR L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX EN LIEN AVEC LA PREMIÈRE LIGNE

MANDAT :

Examiner la proposition du Conseil médical du Québec sur la hiérarchisation des services médicaux;

Établir les besoins de la première ligne;

Désigner par sous-région les cliniques et établissements susceptibles d'y répondre;

Définir les modalités d'articulation, de communication, médecin de famille - médecin spécialiste - cabinets - établissements;

Estimer les budgets nécessaires à l'implantation;

Proposer un modèle de contrat entre les parties;

Proposer des modalités et un échéancier d'implantation.

COMPOSITION :

Présidente : **Dre Lise Cusson** - présidente de la Commission médicale régionale - médecin membre de la

Commission médicale régionale désignée par la Commission médicale régionale

Dr Samuel Benaroya - membre de la Commission médicale régionale - membre du comité des effectifs médicaux spécialisés de la Commission médicale régionale, des milieux universitaires, désigné par la Commission médicale régionale

Dr Robert Amyot - membre de la Commission médicale régionale - membre du comité des effectifs médicaux spécialisés de la Commission médicale régionale, des milieux universitaires, désigné par la Commission médicale régionale

Dr Marc Bois - médecin spécialiste de milieu universitaire

Dr Louis Bouchard - médecin spécialiste de milieu non universitaire

Dr Pierre Masson - directeur des services professionnels de milieu universitaire

Dr Bruno Lemieux - directeur des services professionnels de milieu non universitaire

Dr Jean-Sébastien Delisle - membre de la Commission médicale régionale - médecin résident

Ou délégué de la Fédération des médecins résidents du Québec - **Dr Jean-François Plante**

Membres du Département régional de médecine générale : **Dre Louise Authier**

Dr Rino Bier - médecin spécialiste de milieu non universitaire

Dre Ewa Sidorowicz - médecin spécialiste de milieu universitaire

Dr Guy Legros - directeur de la Direction des affaires médicales

Dr Jean Cloutier - directeur-adjoint de la Direction des affaires médicales et Dr Louis Georges-Perreault, médecins conseils

Dr Laurendeau - médecin spécialiste conseil de la Direction des affaires médicales affecté à ce dossier et qui agira à titre de secrétaire du comité.

COMITÉ DE LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE SUR L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

GROUPES DE TRAVAIL

2e SOUS-COMITÉ SUR LE PROSEM (PLAN RÉGIONAL DE L'ORGANISATION DES SERVICES ET EFFECTIFS MÉDICAUX)

MANDAT :

Élaborer un volet de services et des règles de répartition et de gestion des effectifs médicaux.

COMPOSITION :

Dr Samuel Benaroya - membre de la Commission médicale régionale - président du comité PROSEM - membre du comité des effectifs médicaux spécialisés de la Commission médicale régionale, des milieux universitaires, désigné par la Commission médicale régionale

Dre Lise Cusson - présidente de la Commission médicale régionale - médecin membre de la Commission médicale régionale désignée par la Commission médicale régionale

Dr Charles Bellavance - membre de la Commission médicale régionale - directeur des services professionnels provenant d'un établissement non universitaire

Dr Jacques Provost - directeur des affaires professionnelles de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

Dr Martin Juneau - membre de la Commission médicale régionale - médecin spécialiste du milieu universitaire désigné par la Commission médicale régionale

Dr Louis Bouchard - membre de la Commission médicale régionale - médecin spécialiste du milieu non universitaire désigné par la Commission médicale régionale

Dr Louis Dufresne - directeur des services professionnels de milieu universitaire - délégué DSP provenant d'un milieu universitaire

Dr Benoît Deschamps - Département régional de médecine générale - médecin membre du comité PROS ou du comité PREM désigné par le DRMG

Dr Jean-Sébastien Delisle - président de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) - médecin résident membre de la Commission médicale régionale et désigné par la Commission médicale régionale

Ou délégué FMRQ - **Dr Jean-François Plante**

Dr Robert Amyot - membre de la Commission médicale régionale - membre du comité des effectifs médicaux spécialisés de la Commission médicale régionale, des milieux universitaires, désigné par la Commission médicale régionale

Dre Ewa Sidorowicz - médecin spécialiste du milieu universitaire

Dr Denis R. Roy - directeur de services professionnels de milieu universitaire

Dr Denis A. Roy - Direction de la santé publique

Dr Guy Legros - directeur de la Direction des affaires médicales

Dr Jean Cloutier - directeur-adjoint de la Direction des affaires médicales

Dr Laurendeau - médecin spécialiste conseil de la Direction des affaires médicales affecté à ce dossier et qui agira à titre de secrétaire du comité.

Annexe 2

INFORMATION MÉDICALE SOMMAIRE

À l'intention de : _____

Voici quelques renseignements concernant la personne ci-contre qui a été :

Vue à l'urgence ☐ Vue à la consultation externe ☐

Hospitalisée dans notre établissement ☐

Diagnostic principal et autres informations

Diagnostic principal _____

Autres diagnostics et problèmes _____

Complications _____

Interventions et traitements _____

Recommandations à l'usager

Médication prescrite

Incapacité

Visite de relance

Renseignements spéciaux

Date du rapport ____ ____ ____ (année mois jour)

_____
Signature du médecin traitant

INFORMATION MÉDICALE SOMMAIRE

À l'intention de : _____

Voici quelques renseignements concernant la personne ci-contre qui a été :

Vue à l'urgence ☐ Vue à la consultation externe ☐

Hospitalisée dans notre établissement ☐

Diagnostic principal et autres informations

Diagnostic principal _____

Autres diagnostics et problèmes _____

Complications _____

Interventions et traitements _____

Recommandations à l'usager

Médication prescrite

Incapacité

Visite de relance

Renseignements spéciaux

Date du rapport ____ ____ ____ (année mois jour)

_____
Signature du médecin traitant

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Centre affilié à l'Université de Montréal

FEUILLE SOMMAIRE CLINIQUE
Hospitalisation en courte durée

Date d'admission : Date du départ :	Durée de l'hospitalisation	

Raison ou diagnostic d'admission :	Code
Diagnostics et problèmes :	
Complications : Consultations :	
Interventions : médicale, chirurgicale, obstétricale	
A reçu produits sanguins ou dérivés Oui ☐ Non ☐	

			A	M	J
Signature du médecin traitant	Nom md en lettres moulées	No permis	Date		

F-3408-1100 (Rév. 12-00)

NOTES COMPLEMENTAIRES AU VERSO

NOTES COMPLEMENTAIRES SUR L'HOSPITALISATION

Examens et tests diagnostics significatifs :

Médication prescrite → voir feuille de prescription au départ ☐

Suivi médical: Clinique externe HMR : ☐ Médecin de famille :

Ressource(s) communautaire(s) : CLSC ☐ Autre (s) :

Destination de l'usager : Domicile : ☐ Transfert :

Notes complémentaires et recommandations à l'usager :

Recommandations au médecin référant et/ou traitant :

		A	M	J
Signature du médecin traitant	No permis	Date		

Rappel par le service des archives médicales : ☐ **OUI** ☐ **NON**

PARTIE II

Principes directeurs devant guider son développement

LE RÉSEAUTAGE : UN MODÈLE POUR DES SERVICES PLUS ACCESSIBLES

Préambule

La nécessité pour la Régie régionale de Montréal-Centre de se doter d'un plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et d'un plan des effectifs médicaux spécialisés (PROSEM) repose sur un cadre légal et un cadre administratif.

Le cadre légal:

La Loi sur les services de santé et les services sociaux impose aux établissements et à la Régie régionale qu'ils se dotent d'un plan d'organisation de services médicaux. Ceci doit leur permettre de justifier les ressources médicales nécessaires pour le réaliser. Ce document fait également partie intégrante de la démarche actuelle de la Régie régionale qui doit, selon la loi, produire une planification stratégique triennale de l'organisation des services de santé et des services sociaux sur son territoire.

Le cadre administratif:

Montréal a une vocation suprarégionale et régionale. C'est aussi une région universitaire. La Régie régionale doit gérer les ressources mises à sa disposition pour permettre à la population qu'elle dessert d'avoir accès aux services dont elle a besoin, à partir d'un plan prédéfini.

En plus de ces deux cadres, un plan régional d'organisation et des effectifs médicaux (le PROSEM) doit être fondé sur une vision globale du réseau de soins médicaux, une vision d'intégration. Seule une telle approche peut favoriser l'efficience et l'accessibilité que nous souhaitons tous pour la population que nous desservons.

Le document que nous présentons ici est la deuxième étape d'élaboration de ce plan (la première étant décrite dans la Partie I : L'interface omnipraticiens-spécialistes dans un réseau d'accessibilité des services médicaux). Il précise les principes directeurs sur lesquels la détermination du PROSEM doit reposer. La dernière étape consistera à établir les plans par spécialités, en priorisant certaines d'entre elles.

La Commission médicale régionale (CMR), en déposant ces deux premières parties du plan au conseil d'administration de la Régie régionale, souhaite qu'elles fassent l'objet d'une consultation auprès des établissements et médecins concernés.

Section I

Objectifs

L'objectif premier du plan est de développer un réseau de services médicaux spécialisés et ultraspécialisés fonctionnel, c'est-à-dire capable de répondre à la demande de services dans des délais acceptables ou raisonnables.

Le second objectif poursuivi est de permettre aux établissements de mieux établir leurs plans de besoins en effectifs médicaux et à la Régie régionale, un plan régional. Pour ce faire, on devra connaître l'état de la situation actuelle des services médicaux spécialisés et ultraspécialisés offerts en établissement et en cabinet.

C'est en tenant compte de ces objectifs que la Commission médicale régionale a formé un groupe de travail en 2001[4] appelé Comité PROSEM (voir annexe 3) à qui elle a confié le mandat de lui proposer un plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux.

4 | Comité PROSEM de la Commission médicale régionale sur l'organisation des services médicaux spécialisés: mandat, composition, échéancier. CMR; avril et juin 2001

Section II

Principes directeurs

A- Les principes directeurs déjà acceptés par la Commission médicale régionale

Au cours de l'année 2001-2002, des travaux conjoints de la Commission médicale régionale, du Département régional de médecine générale et de la Direction des affaires médicales et universitaires ont mené à la production d'un document intitulé «L'interface omnipraticiens-spécialistes dans un réseau d'accessibilité des services médicaux»[5]. S'inspirant d'un modèle d'organisation et d'intégration des services médicaux en réseau (corridors de services) déposé par la Direction des affaires médicales et universitaires[6] (voir annexe 4), la Commission médicale régionale a déterminé comme assise de ses travaux les principes directeurs suivants :

1. **La hiérarchisation des services médicaux - accès aux soins de santé via l'omnipraticien (porte d'entrée).**
2. **Des services médicaux spécialisés en lien efficace et efficient avec une première ligne fonctionnelle via un réseau intégré de services médicaux.**
   2.1 L'accessibilité au plateau technique
   2.2 L'accessibilité à la consultation en spécialités
3. **Le rôle prépondérant des spécialités de base ou locales dans les centres hospitaliers qui opèrent une salle d'urgence et leur lien avec la première ligne.**
4. **Le regroupement des effectifs pour les soins tertiaires et quaternaires des spécialités suprarégionales.**
5. **La collaboration-complémentarité entre établissements (réseaux) avec autonomie relative de chacune des six sous-régions de la région de Montréal pour les soins primaires et secondaires.**
6. **La vocation suprarégionale avec des ressources qui en tiennent compte.**
7. **Une salle d'urgence implantée au cœur d'un réseau de soins dans la communauté.**

Les recommandations qui en découlent sont particulièrement importantes dans le cadre du développement du plan régional d'organisation des services et du plan des effectifs médicaux spécialisés et ultraspécialisés.

1- La hiérarchisation des services médicaux

La Commission médicale régionale est d'avis que, pour que le réseau montréalais de soins médicaux soit fonctionnel en permettant que le patient puisse voir le bon médecin au bon endroit et au bon moment, il est impérieux:

5 PROSEM, partie 1 du présent document : L'interface omnipraticiens-spécialistes dans un réseau d'accessibilité des services médicaux. CMR, DAM, DRMG; mai 2002.

6 Modèle d'organisation et d'intégration des services médicaux en réseau sur le territoire de l'île de Montréal (corridors de services): un réseau de soins médicaux à mettre en place, d'ici 2010, pour le mieux être de la population. Direction des affaires médicales, Régie régionale de Montréal-Centre; novembre 2001.

- de faire des services de première ligne la porte d'entrée du système de santé
- d'assurer la disponibilité des services courants en première ligne, 24 heures par jour, 7 jours par semaine
- d'assurer à la population l'accessibilité à des services médicaux spécialisés sur référence
- d'assurer des liens étroits entre les intervenants de première ligne et ceux de la deuxième et troisième lignes, dans le temps requis et sans délai indu
- d'éviter dans la mesure du possible que les actes de première ligne soient fournis par les médecins spécialistes.

Recommandation

La Commission médicale régionale recommande donc au conseil d'administration, au président-directeur général et à la Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU) de la Régie régionale de Montréal de mettre en place, dans les meilleurs délais, les stratégies nécessaires pour amorcer la démarche d'implantation de la hiérarchisation des services médicaux. (Ces stratégies sont détaillées aux pages 14 et 15 du PROSEM partie 1.)

La condition préalable et incontournable à ces recommandations est la présence suffisante d'effectifs médicaux en omnipratique. Le principe de la hiérarchisation repose sur la prémisse que la première ligne médicale est en mesure d'assurer son rôle ; elle doit être forte et efficiente. Si cette base n'est pas solide, le reste de l'organisation ne peut que fonctionner en silos. Notre objectif d'un vrai réseau intégré de soins médicaux ne peut alors être atteint.

2- Des services médicaux spécialisés en lien efficace et efficient avec une première ligne fonctionnelle via un réseau intégré de services médicaux

Afin d'offrir aux Montréalais un réseau intégré où les services médicaux sont en lien efficace avec une première ligne médicale fonctionnelle, il est indispensable que les médecins aient l'accessibilité appropriée, en temps opportun, tant au plateau technique diagnostique qu'à la consultation spécialisée.

Recommandation

La Commission médicale régionale fait, à cet égard, des recommandations précises à la Régie régionale et à sa direction des affaires médicales et universitaires dans le document PROSEM partie 1.

3- Le rôle prépondérant des spécialités de base ou locales dans les centres hospitaliers qui opèrent une salle d'urgence

La Commission médicale régionale estime que les spécialités suivantes constituent les spécialités de base ou locales essentielles pour qu'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés opérant une salle d'urgence soit fonctionnel : anesthésiologie, anatomopathologie, chirurgie générale, obstétrique-gynécologie, chirurgie orthopédique, médecine interne, psychiatrie et radiologie diagnostique.

4- Le regroupement des effectifs pour les soins tertiaires et quaternaires des spécialités suprarégionales

Pour des raisons de qualité des soins et d'économie des ressources, les deux réseaux universitaires doivent mettre en commun certaines de leurs ressources.

Le contexte ne permet pas d'imposer cet énoncé de principe aux établissements concernés. La Commission médicale régionale croit cependant qu'ils doivent faire l'effort d'examiner la faisabilité d'une concentration des effectifs, notamment en ce qui concerne les soins tertiaires et quaternaires.

5- La collaboration-complémentarité entre établissements avec autonomie relative dans chacune des sous-régions

La Commission médicale régionale, dans l'objectif de pallier les problèmes d'effectifs médicaux de certains établissements du réseau et d'accessibilité à des services médicaux, propose une solution gagnante de collaboration-complémentarité entre établissements[7] (voir annexe 5). L'établissement qui accepte de fournir des effectifs à celui qui en manque peut recruter des effectifs au-delà du plan permis via une dérogation au plan d'effectifs accordée par le Ministère et utiliser les ressources de l'établissement qu'il aide.

Ce principe se traduit dans les recommandations suivantes:

Recommandations

1- Que la Table des directeurs des services professionnels (DSP), en utilisant notamment l'enquête récente de la Direction des affaires médicales et universitaires[8] sur les pénuries réelles et appréhendées des effectifs médicaux spécialisés, identifie pour la Régie régionale, les établissements, les départements et les services cliniques spécialisés dont la situation reflète une ou plusieurs des problématiques évoquées dans les prémisses et qui seraient intéressés à participer, sur une base volontaire, au développement d'un projet de collaboration et de complémentarité entre établissements. Dans le cas où deux établissements seraient en pénurie d'effectifs dans la même discipline, la Direction des affaires médicales et universitaires déterminera lequel des deux pourrait bénéficier d'un ajout d'effectifs médicaux dans le cadre d'une entente entre établissements.

2- Que la Régie régionale et les établissements concernés collaborent à l'identification et à la mise en place des conditions gagnantes pour chacun des établissements participants, telles que :

- L'organisation des services médicaux visés, incluant la garde.
- Les ressources humaines et matérielles nécessaires pour l'utilisation efficace et efficiente des effectifs médicaux spécialisés qu'exige l'objet des ententes.

7 Collaboration-complémentarité entre établissements partageant des effectifs. Comité PROMED. Commission médicale régionale. Régie régionale de la Montérégie. mai 2002.

8 Idem.

Recommandations(suite)

- La budgétisation nécessaire, tenant compte, entre autres :
  - de la croissance des coûts là où les services sont rendus
  - de l'augmentation de l'offre de service.

3- Que la Direction des affaires médicales et universitaires, en concertation avec la Commission médicale régionale, gère les effectifs médicaux de façon à favoriser la complémentarité des services et le partage des effectifs, notamment par l'utilisation du mécanisme de dérogation, lorsque indiqué.

4- Que la Direction des affaires médicales et universitaires obtienne du Ministère l'autorisation de gérer les effectifs médicaux sur une base régionale, dans le cas d'une pénurie régionale d'effectifs médicaux dans une spécialité.

5- Que la Table des directeurs des services professionnels, la Direction des affaires médicales et universitaires et la Direction des services spécialisés, ultraspécialisés et de réadaptation en santé physique identifient les services dans les établissements universitaires qui pourraient être offerts dans des établissements non universitaires, dans le cadre d'une complémentarité et collaboration entre eux. Ce type de collaboration peut aussi se développer entre les hôpitaux non universitaires et les hôpitaux universitaires.

   Dans ce contexte, l'établissement dont la couverture des services serait assurée par les effectifs d'un autre établissement devrait lui permettre d'utiliser les ressources humaines et matérielles pour les services qui y seraient transférés : ex. : utilisation du bloc opératoire pour chirurgie.

6- Que la Régie régionale et le Ministère acceptent comme modèle un contrat* (voir annexe 5), et qu'ils en considèrent son implantation et sa diffusion. Ce contrat définit les balises permettant aux établissements de partager des effectifs médicaux spécialisés et des corridors de services, dans le respect de leurs missions respectives.

Par ailleurs, la Commission médicale régionale préconise le principe d'une certaine autonomie de chacune des six sous-régions de son territoire, en ce qui concerne l'accessibilité aux services et le partage des ressources.

6- La vocation suprarégionale de la région de Montréal

Montréal est une région universitaire. À ce titre, les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres affiliés universitaires (CAU) et les instituts doivent répondre à leur triple mission de soins médicaux, d'enseignement et de recherche.

Souvent, ce sont les mêmes médecins qui répondent aux trois volets.

À cause de l'expertise dont elle dispose, notamment pour les soins tertiaires et quaternaires, Montréal dessert un bassin de population qui dépasse celui de sa région d'au moins 30 %. De plus, plusieurs médecins spécialistes de Montréal se déplacent en région pour offrir leurs services de consultants.

La Commission médicale régionale estime que tout plan d'organisation de services et d'effectifs doit prendre en compte ce facteur, si on veut permettre à la région de Montréal de disposer des ressources dont elle a besoin pour remplir sa mission. Ainsi, elle est d'avis que les établissements qui répondent à une vocation suprarégionale doivent se voir octroyer des ressources excédentaires à celles qui leur seraient allouées s'ils ne desservaient que la population montréalaise. En ce qui concerne, notamment, la cadence des besoins en effectifs médicaux, l'établissement qui couvre les besoins d'une autre région dans une spécialité devrait se voir octroyer les effectifs

* Collaboration complémentarité entre établissements, partage des effectifs. Cercan PROVENCHER, Commission médicale régionale, Régie régionale de Montréal, mai 1995.

qui sont dévolus à cette dernière, aussi longtemps qu'il y assure les services requis.

7- Une salle d'urgence implantée au cœur d'un réseau dans la communauté

La Commission médicale régionale estime que la situation d'engorgementchronique qui prévaut dans les salles d'urgence du territoire montréalais ne peut se corriger sans que les intervenants en amont et en aval des établissements travaillent en concertation.

La Commission médicale régionale fait sien le concept de réseau territoria décrit dans les termes suivants dans le Guide de gestion de l'unité d'urgence (publié par le ministère en 2000) :

> *« Les unités d'urgence sont exposées à une multitude de contingences qui influent sur leur fonctionnement et qui sollicitent le réseau local dans ce qu'il a de plus essentiel : sa capacité à travailler en interrelation. Le centre hospitalier ne peut pas faire face seul à l'ensemble de la situation. Il et nécessaire d'adopter une approche macroscopique pour déterminer les activités à intégrer et à coordonner enfaisant intervenir tous les partenaires locaux utiles dans une perspective systémique du réseau.*
>
> *Selon cette approche, le patient doit être placé au centre des préoccupations locales et le processus de soins doit répondre aux critères de qualité. Le fonctionnement optimal de l'urgencene peut être possible que grâce à la participation active de toutes les composantes du réseau. »*

B- Considérations de certains autres principes

1- L'organisation des services basée sur les besoins réels de la populationversus l'offre de services actuels

L'organisation des services médicaux doit prendre en compte l'accessibilit à ces services et la prise en charge des conditions qui menacent la santé des citoyens.

Ainsi, le réseau montréalais éprouve des difficultés à répondre à la demande des services, à témoin :

- 1. les listes d'attente pour chirurgies, les examens diagnostiques, le traitemnt du cancer, etc.;
- 2. l'encombrement des salles d'urgence et les séjours prolongés des patiers dans celles-ci;
- 3. le manque de disponibilité de soins de longue durée et de réadaptation

Par ailleurs, certaines conditions chroniques ne font pas suffisamment l'objet d'action préventive, de prise en charge et d'interface entre la première et la deuxième lignes : par exemp, les maladies cardiovasculaires et respiratoires, le diabète (le dépistage précoce des complications), la santé mentale, la perte d'autonomie chez les personnes âgées, etc.

La Commission médicale régionale estime que le plan régional doit tenircompte autant des besoins que de l'offre actuelle des services pour proposer des solutions aux problèmes d'accessibilité.

2- Le maintien d'une masse critique de patients et d'effectifs médicaux essentielle à la qualité des soins et au maintien de la compétence professionnelle

La Commission médicale régionale s'inquiète d'un certain nombre d'éléments qui pourraient empêcher l'optimisation des soins et de la compétence professionnelle des médecins:

- L'accessibilité de plus en plus difficile au bloc opératoire, par manque de ressources;
- L'isolement de médecins spécialistes, à cause du manque d'effectifs : par exemple, un ou deux médecins spécialistes dans certains hôpitaux de soins spécialisés généraux non universitaires;
- L'absence de masse critique de patients porteurs de conditions qui nécessitent de l'expertise. Dans son bulletin de juin 2002[10] (voir annexe 6), l'American College of Surgeons publie un article avec revue de la littérature sur la relation entre le volume des activités et les résultats cliniques en chirurgie. Ce document montre une différence dans le taux de mortalité dans les hôpitaux où le débit chirurgical pour une intervention précise est élevé en comparaison aux hôpitaux où le débit pour la même intervention est faible. Cette constatation est vraie non seulement pour des interventions compliquées, mais aussi pour de simples interventions. Plusieurs études de la littérature médicale supportent ces affirmations.

Recommandations

La Commission médicale régionale recommande que la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec se penche sur ces aspects et en tienne compte dans la prochaine planification de l'effectif médical.

De même, la Commission recommande que la Régie régionale et les établissements s'entendent pour concentrer certains types d'activités chirurgicales et pour faciliter l'accessibilité au bloc opératoire.

3- La présence des spécialités de base ou locales dans tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et la mise en priorité du recrutement des effectifs nécessaires

La Commission médicale régionale estime que l'organisation des services médicaux dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés doit s'appuyer sur la disponibilité des effectifs dans les spécialités de niveau local (anesthésiologie, anatomophatologie, chirurgie générale, obstétrique-gynécologie, chirurgie orthopédique, médecine interne, psychiatrie et radiologie diagnostique).

Tout en n'excluant pas le développement des services dans d'autres disciplines que dans les spécialités locales, les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés doivent disposer des effectifs médicaux nécessaires à :

- L'accessibilité aux soins généraux spécialisés pour la population
- L'accessibilité aux consultants en spécialités pour la première ligne médicale
- La formation des étudiants et résidents, lorsque l'université juge nécessaires ces liens avec ce type d'établissement.

[10] Bulletin of the American College of Surgeons, juin 2002, pp. 25-29.

4- La concentration de certaines activités médicales spécialisées

La Commission médicale régionale endosse le principe de la concentration des services médicaux spécialisés en autant qu'elle bénéficie aux patients en termes d'accessibilité et de qualité des services.

La Commission médicale régionale a adopté le cadre clinique et pédagogique ci-joint, lequel, estime-t-elle, devrait supporter tout exercice de concentration des effectifs médicaux.

5- Le cadre clinique et pédagogique qui doit supporter la concentration de certains services médicaux spécialisés dans un ou des établissements de la région de Montréal

Compte tenu des principes directeurs déjà adoptés par la Commission médicale régionale concernant l'organisation des services médicaux, la Commission estime que si l'on fait de la concentration de services, les principes suivants s'appliquent :

1. La décision de concentrer des services médicaux spécialisés doit reposer sur les impératifs ou les objectifs suivants : meilleure disponibilité ou accessibilité, optimisation de l'exercice pour cas complexes, meilleure efficacité, meilleure efficience, meilleure continuité des soins;
2. La qualité des soins médicaux est la même, quel que soit le milieu où ils sont concentrés;
3. Les ressources nécessaires, qu'elles soient professionnelles, matérielles ou financières, doivent être présentes ou garanties pour assurer cette qualité;
4. La concentration des services médicaux ne peut et ne doit pas se faire au détriment de la qualité de la formation des résidents; au contraire, les résidents devraient idéalement y trouver une valeur ajoutée.

Recommandation

La Commission médicale régionale demande d'être consultée pour tout projet de concentration de services médicaux.

6- La mise en place d'un processus pour éviter les bris de services

La Commission médicale régionale estime que le réseau doit se doter de mécanismes efficaces pour éviter les bris de services médicaux. À différents moments de l'année et pour divers motifs, certains établissements doivent cesser d'offrir des services, par manque d'effectifs, dans des sphères aussi critiques que le bloc opératoire (manque d'anesthésistes), les soins intensifs (manque d'internistes ou autres), les salles d'urgence.

La Commission médicale régionale souhaite que la Table des directeurs des services professionnels examine les solutions suivantes et contribue avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec et la Régie régionale à leur mise en place, si jugées acceptables :

- Collaboration-complémentarité entre établissements d'une même sous-région ou d'une autre;
- Création d'une banque sous-régionale ou régionale de dépannage.

7- L'inclusion des activités spécialisées des cabinets dans l'organisation des services des établissements : le concept de cliniques médicales affiliées

La Commission médicale régionale endosse le concept mis de l'avant par la Fédération des médecins spécialistes du Québec voulant que les cliniques de médecins spécialistes soient le prolongement des établissements. La Commission médicale régionale estime qu'il y a une certaine urgence à ce qu'il y ait une entente entre les parties concernées, si on veut réaliser les objectifs suivants :

- Diminuer la pression sur le réseau hospitalier;

- Rendre accessibles des services à la population, en respectant le principe de leur gratuité;

- Permettre à la première ligne médicale d'être fonctionnelle.

La Commission médicale régionale estime que cette approche est porteuse de solutions facilitant l'accessibilité à des services importants.

Recommandation

La Commission médicale régionale recommande que le président-directeur général de la Régie régionale intervienne auprès du Ministère pour que l'on mette en place, avec la collaboration de la Fédération des médecins spécialistes, des cliniques médicales affiliées.

C- Le maintien des principes généralement reconnus dans le réseau de la santé

Sans définir ces notions déjà bien connues dans le réseau de la santé, la Commission médicale régionale désire confirmer qu'elle adhère à chacun de ces principes dans l'organisation des services médicaux : universalité, gratuité, accessibilité, disponibilité, homogénéité, efficacité, efficience, qualité des soins, fluidité de l'information pertinente, interdépendance des intervenants.

Section III

Élaboration d'un cadre méthodologique pour définir les besoins en effectifs médicaux en équivalent temps plein (ETP)

A- Les effectifs médicaux spécialisés par établissement et par spécialité

Au 1er décembre 2001, il y avait 3 163 médecins spécialistes au plan d'effectifs avec un objectif ministériel de croissance de 68, soit 3 231 postes autorisés au 31 mars 2002. Selon la facturation à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), il y avait 3 216 médecins spécialistes, soit une différence de -15.

Enfin, le fait qu'un établissement ne comporte pas d'effectif dans une spécialité ne signifie pas qu'il n'offre pas les services, puisqu'il peut le faire via des ententes avec d'autres établissements ou directement avec des médecins qui y ont le statut de membres associés.

B- La notion d'équivalent temps plein (ETP) en spécialités

1. Définition

Le ministère de la Santé et des Services sociaux définit un ETP en spécialités comme un médecin ayant un niveau d'activités équivalent au revenu moyen des médecins en exercice de sa spécialité, au cours de l'année de référence.

La composante de son niveau d'activités est déterminée par son niveau de facturation à la Régie de l'assurance maladie du Québec par rapport à la moyenne normalisée de celui des médecins en exercice au cours de l'année de référence, dans sa spécialité.

2. Pertinence de l'utilisation de la notion d'ETP dans le calcul des besoins en effectifs médicaux spécialisés pour la région de Montréal-Centre

Montréal est une région universitaire et a une vocation suprarégionale. Dans les établissements universitaires, ce sont les mêmes médecins qui donnent les soins, font de l'enseignement, de la recherche et participent aux activités administratives. Compte tenu de la rémunération mixte qui tient compte des multiples tâches en établissement, il est devenu impossible de départager l'aspect clinique à partir du mode de rémunération.

D'autres facteurs entre autres supportent la notion d'ETP clinique:

- La féminisation de la profession
  En l'an 2000, 60% des admissions sont comblées par des femmes. En spécialités, de 1997 à 2002, la proportion de femmes est passée de 6% à 28,42%. Leurs activités, mesurées par les revenus, équivalent à 82% de celles des hommes.
- Le vieillissement de l'effectif
  De 1997 à 2002, le pourcentage des médecins spécialistes de plus de 60 ans est passé de 17% à 21%. Les médecins ont un niveau d'activités cliniques plus faible que leurs confrères.

- Le partage d'effectifs médicaux entre établissements intra et extrarégionaux.

3. Méthodologie proposée aux établissements pour définir leurs besoins d'effectifs médicaux en ETP

- En ce qui concerne le plan 2003-2004, la définition d'ETP utilisée par le Ministère est acceptable.
- En ce qui concerne l'avenir, la Commission médicale régionale estime qu'il sera plus approprié d'évaluer les besoins d'effectifs pour les services requis, à partir d'un plan d'organisation de services à fournir.

Recommandation

La Commission médicale régionale recommande que les établissements s'inspirent du modèle mis de l'avant par l'Association des anesthésiologistes du Québec, en novembre 2000[11] (voir annexe 7), pour étoffer leurs besoins d'effectifs médicaux dans chacune des spécialités.

11 Présentation au comité de gestion sur les effectifs médicaux. Association des anesthésiologistes du Québec; Siège social de la FMSQ, les 23 et 24 novembre 2000.

Section IV

La notion de centre hospitalier désigné

La désignation fait référence le plus souvent au processus utilisé par les universités et le Ministère pour nommer les instituts, les centres hospitaliers universitaires et les centres affiliés universitaires.

Cependant, la désignation peut aussi concerner l'endroit ou les endroits où on veut, par exemple, concentrer des services, installer de la haute technologie dans un établissement au service de plusieurs établissements ou encore développer des points d'excellence ou des services pointus dans un établissement pour servir à d'autres.

Eu égard à la notion de coût/efficacité liée à ce processus et à la compétition qu'il engendre entre les établissements, les budgets suivant les services, la Commission médicale régionale juge utile de soumettre à la Régie régionale les principes qui devraient la guider dans la désignation de centre hospitalier, aux fins d'organisation de services :

1) **Tout en reconnaissant l'importance du critère coût/efficacité, dans un contexte d'utilisation rationnelle des ressources, il y a lieu de voir la désignation d'abord comme moyen d'offrir des soins de qualité.**

   Par exemple, le fait de désigner un centre de chirurgie cardiaque pédiatrique se défend davantage par l'argument que les résultats des interventions seront meilleurs plutôt que par celui des économies à faire.

2) **La désignation doit s'inscrire dans le cadre du plan régional d'organisation des services médicaux de la Régie régionale. Elle doit donc être planifiée, faisant l'objet d'une consultation à l'interne et à l'externe.**

3) **La Commission médicale régionale estime que les principes qu'elle a mis de l'avant dans le cadre clinique et pédagogique qui doit supporter la concentration de certains services médicaux spécialisés s'appliquent à la désignation.**

Section V

Approche par spécialité

A- Les spécialités de base ou locales qui doivent être présentes dans tous les centres hospitaliers qui opèrent une salle d'urgence

La Commission médicale régionale estime que les établissements doivent être consultés pour établir un plan cohérent d'organisation des services et des effectifs par spécialité. Cependant, compte tenu de leur importance dans l'interface de première ligne, la Commission a des recommandations à formuler concernant les spécialités de base dites locales. L'anatomopathologie, l'anesthésiologie, la chirurgie générale, la médecine interne, la psychiatrie, la chirurgie orthopédique, l'obstétrique-gynécologie et la radiologie diagnostique constituent lesdites spécialités.

Concernant ces spécialités, la Commission médicale régionale fait les recommandations suivantes :

Recommandations

1. Au moins toutes ces spécialités, sauf le volet obstétrique de l'obstétrique-gynécologie, doivent se retrouver dans tous les établissements de soins de courte durée qui opèrent une salle d'urgence.
2. Le plan des effectifs médicaux doit permettre à tous les établissements de recruter les effectifs nécessaires à l'accessibilité aux soins et à l'enseignement.

   La Commission médicale régionale recommande que le Ministère tienne compte dans son plan d'effectifs du fait que dans certaines spécialités de base, les médecins n'exercent pas vraiment, consacrant leurs activités à des champs pointus, comme les soins intensifs, les soins palliatifs, la chirurgie vasculaire, la chirurgie thoracique, etc. La Commission médicale régionale suggère de comptabiliser ces médecins dans le plan des effectifs de la région, mais hors spécialités.
3. Certaines spécialités comme la médecine interne, la psychiatrie et la radiologie diagnostique ont des liens étroits avec la première ligne médicale. La Commission médicale régionale recommande qu'elles consacrent aux omnipraticiens, leurs ressources le permettant, des plages horaires leur facilitant l'accès à la consultation et au plateau technique. Plus particulièrement, concernant la psychiatrie, la Commission médicale régionale appuie le projet de mise sur pied d'un réseau d'accessibilité efficace[12] (voir annexe 8) pour les malades présentant des troubles de santé mentale.
4. Enfin, la Commission médicale régionale recommande que dans les spécialités de base, le besoin des effectifs médicaux estimés en ETP s'appuie sur un plan d'organisation des services comme l'a fait l'Association des anesthésiologistes, en 2000.

12 | Interface de la première ligne et de la deuxième ligne en santé mentale

B- Les autres spécialités médicales, chirurgicales et les spécialités de laboratoire

Concernant les autres spécialités, la Commission médicale régionale fait les recommandations suivantes:

Recommandations

1. Le plan des effectifs médicaux doit permettre à tous les établissements de recruter les effectifs nécessaires à l'accessibilité aux soins et à l'enseignement.
2. La Commission médicale régionale recommande que le Ministère tienne compte dans son plan d'effectifs du fait que dans plusieurs de ces spécialités, les médecins ne l'exercent pas vraiment, consacrant leurs activités également à des champs pointus. La Commission médicale régionale suggère de comptabiliser ces médecins dans le plan des effectifs de la région, mais hors spécialités.
3. Certaines de ces spécialités ont des liens étroits avec la première ligne médicale. La Commission médicale régionale recommande qu'elles consacrent aux omnipraticiens, leurs ressources le permettant, des plages horaires leur facilitant l'accès à la consultation et au plateau technique de leurs spécialités.
4. Enfin, la Commission médicale régionale recommande que dans ces spécialités, le besoin des effectifs médicaux estimés en ETP, s'appuie également sur un plan d'organisation des services comme l'a fait l'Association des anesthésiologistes en 2000.

C- Les spécialités suprarégionales

La concentration des services et des effectifs médicaux ultraspécialisés

Plusieurs facteurs de la conjoncture actuelle militent en faveur d'une concentration des services et des effectifs ultraspécialisés dans la région de Montréal-Centre :

1. Il y a un manque de ressources humaines, matérielles et financières : les listes d'attente s'allongent au détriment de la santé des patients ou les obligent à aller se faire traiter dans le secteur privé ou en dehors de la région ou de la province.
2. Il y a de nombreuses études dans la littérature qui démontrent l'influence positive de la concentration des services et de l'expertise sur la qualité des services.
3. Il y a des exercices antérieurs et en cours de concentration des services, exercices auxquels ont participé et adhèrent les médecins : par exemple, neurochirurgie, chirurgie cardiaque.
4. La création des centres hospitaliers universitaires et la possibilité de complémentarité entre eux ou avec d'autres établissements du réseau incitent à revoir les services ultraspécialisés dans une perspective réseau.
5. Les prémisses évoquées dans le document « Collaboration-complémentarité entre établissements : partage des effectifs » s'appliquent aussi dans cet exercice.
6. Le pourcentage d'épisodes de soins dans certaines spécialités, notamment la pédiatrie, militent en faveur d'un exercice de concentration[13] (voir annexe 9).

13 Répartition des portions d'épisodes des soins hospitaliers en lien avec le niveau d'accès 3. Régie régionale de Montréal-Centre: 2000-2001.

Section VI

Un modèle d'organisation régionale des services médicaux spécialisés sur une base sous-régionale

Un modèle d'organisation pour la région de Montréal doit prendre en considération le fait qu'avec ses deux facultés de médecine, ses centres hospitaliers universitaires, centres affiliés universitaires et instituts, Montréal est aussi une région universitaire avec une vocation tant régionale que suprarégionale.

Compte tenu de la grandeur de territoire et du bassin de population à desservir, l'organisation des services médicaux est plus facile à concevoir sur une base sous-régionale, en particulier en ce qui concerne le lien que les services médicaux spécialisés doivent établir avec la première ligne[14] (voir annexe 10).

Idéalement, les établissements d'une même sous-région, de vocation identique ou différente, devraient établir des lignes fonctionnelles entre eux. Et le modèle doit avoir suffisamment de flexibilité pour permettre aussi des liens entre sous-régions.

À cet effet, le document intitulé « Collaboration-complémentarité entre établissements, partage des effectifs », développé par la Commission médicale régionale, est un guide aux établissements qui conviennent de se réseauter.

Recommandation

La Commission médicale régionale recommande qu'au cours du plan 2003-2005, la Régie régionale, plus particulièrement sa Direction des affaires médicales et universitaires, procède avec les directions des établissements et les médecins à leur réseautage sous-région par sous-région, aux fins :

- **d'améliorer l'accessibilité aux services;**
- **de rendre ces services disponibles, lorsque possible, le plus près des lieux de résidence des patients;**
- **d'obtenir une meilleure utilisation des ressources.**

14 | Découpage territorial des sous-régions du Département régional de médecine générale

Annexe 3

ANNEXE 3

COMITÉ DE LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE SUR L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

MANDAT :

Faire des propositions à la Commission médicale régionale concernant :

1. L'organisation des services médicaux spécialisés eu égard :
   a) à la hiérarchisation des services ;
   b) aux corridors de services compte tenu de la vocation des établissements de la région et des besoins de la population à desservir ;
   c) aux besoins de la première ligne.

2. Les besoins en effectifs médicaux compte tenu :
   a) des modes d'organisation et des principes de gestion qui seront proposés ;
   b) de la réalité universitaire actuelle et à venir.

COMPOSITION :

- Deux membres du comité des effectifs médicaux spécialisés de la CMR, des milieux universitaires, désignés par la CMR et qui agiront à titre de co-présidents du comité : *Dr Robert Amyot et Dr Sam Benaroya*
- Un médecin spécialiste du milieu universitaire désigné par la CMR : *Dr Martin Juneau*
- Un médecin spécialiste du milieu non universitaire désigné par la CMR : *Dr Louis Bouchard*
- Deux médecins omnipraticiens :
  - un médecin membre du comité PROS ou du comité PREM désigné par le DRMG : *à être déterminé*
  - un médecin membre de la CMR désigné par la CMR : *Dr Lise Cusson*
- Deux DSP désignés par la CMR :
  - Un DSP provenant d'un établissement universitaire : *Dr Denis Roy*
  - Un DSP provenant d'un établissement non universitaire : *Dr Charles Bellavance*
- Un médecin résident membre de la CMR et désigné par la CMR : *Dr Jean-François Cailhier*
- Un médecin spécialiste conseil de la direction des affaires médicales affecté à ce dossier et qui agira à titre de secrétaire du comité : *Dr Fernand Laurendeau*
- Le directeur des affaires professionnelles de la FMSQ : *Dr Jacques Provost*
- Le directeur de la Direction des affaires médicales : *Dr Guy Legros*
- Le directeur adjoint de la Direction des affaires médicales : *Dr Jean Cloutier*

ÉCHÉANCIER :

Dépôt d'un plan d'organisation et de recommandation pour l'automne 2001

Document modifié
Guy Legros, Lise Cusson
Adopté par la CMR le 05 avril 2001

COMITÉ PROSEM SUR L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS ET SURSPÉCIALISÉS DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE

MANDATS :

Proposer à la C.M.R. un plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et surspécialisés de la région de Montréal-Centre et un plan régional des besoins en effectifs médicaux pour supporter ce plan.

CADRE DE RÉFÉRENCE :

Ce plan, par spécialités et surspécialités, doit s'appuyer sur chacun des travaux disponibles dont ceux faits par les Associations de médecins spécialistes ou par d'autres instances, lorsque jugés convenables.

MEMBRES :

Dr Sam Benaroya, président
Dr Robert Amyot
Dr Charles Bellavance
Dr Jacques Provost
Dr Martin Juneau
Dr Pierre Masson
Dr Stéphane P. Ahern
Dr Fernand Laurendeau
Dre Louise Authier
Dre Ewa Sidorowicz
Dr Louis Bouchard
Dre Lise Cusson (membre d'office à titre de présidente de la C.M.R.)
Dr Jean Cloutier
Dr Guy Legros

Guy Legros, M.D.
Direction des affaires médicales
Régie régionale de Montréal-Centre

Le 28 juin 2002

j\laurendeau\comiteprosemorganisation.doc

Annexe 4

ANNEXE 4

MODÈLE D'ORGANISATION ET D'INTÉGRATION DES SERVICES MÉDICAUX EN RÉSEAU SUR LE TERRITOIRE DE L'ÎLE DE MONTRÉAL (CORRIDORS DE SERVICES) : UN RÉSEAU DE SOINS MÉDICAUX À METTRE EN PLACE, D'ICI 2010 POUR LE MIEUX-ÊTRE DE LA POPULATION

DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES
POUR LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE

NOVEMBRE 2001

DOCUMENT DE TRAVAIL

SOMMAIRE

PRÉAMBULE

OBJECTIFS : - L'ACCESSIBILITÉ :

AU BON SERVICE REQUIS
AU BON MÉDECIN
AU BON ENDROIT
AU BON MOMENT

- LA CONTINUITÉ ADAPTÉE DES SOINS : 7 JOURS, 24 HEURES
- LA QUALITÉ DES SOINS

PRINCIPES À ENDOSSER :

1. HIÉRARCHISATION DES SERVICES MÉDICAUX - ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ VIA L'OMNIPRATICIEN (PORTE D'ENTRÉE)
2. DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS EN LIEN EFFICACE ET EFFICIENT AVEC UNE PREMIÈRE LIGNE FONCTIONNELLE VIA UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES MÉDICAUX
3. RÔLE PRÉPONDÉRANT DES SPÉCIALITÉS DE BASE DANS LE LIEN AVEC LA PREMIÈRE LIGNE
4. REGROUPEMENT DES EFFECTIFS POUR LES SOINS TERTIAIRES ET QUATERNAIRES ET DES SPÉCIALITÉS SUPRARÉGIONALES
5. COLLABORATION – COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS (RÉSEAUX) AVEC AUTONOMIE RELATIVE DE CHACUNE DES 6 SOUS-RÉGIONS DE L'ÎLE, POUR LES SOINS PRIMAIRES ET SECONDAIRES
6. VOCATION SUPRARÉGIONALE AVEC DES RESSOURCES QUI EN TIENNENT COMPTE
7. UNE SALLE D'URGENCE IMPLANTÉE AU CŒUR D'UN RÉSEAU DE SOINS DANS LA COMMUNAUTÉ

MOYENS À SE DONNER ET À OBTENIR

CONDITIONS DE SUCCÈS

VISION DE L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX EN 2010

PRÉAMBULE

La Direction des affaires médicales soumet au groupe de travail portant sur les corridors de service, un document de travail susceptible de l'aider dans ses travaux visant à présenter un modèle de soins médicaux organisés en réseau.

On y retrouve des propositions qu'on peut qualifier d'audacieuses, mais elles sont réalistes et réalisables, si les moyens et les conditions de succès sont présents.

Enfin, le dépôt de ce document n'a que pour objectif de faciliter la réflexion du groupe de travail. Tout ce qui y est proposé peut être discuté, rejeté ou modifié.

OBJECTIFS

L'accessibilité au bon médecin, au bon endroit, au bon moment

La porte d'entrée dans le système des soins de santé doit être l'omnipraticien qui doit disposer des ressources pour assurer la prise en charge du patient.

La salle d'urgence des établissements ne doit servir qu'aux malades dont la condition le justifie.

Les services médicaux requis doivent être disponibles lorsque les patients en ont besoin.

L'accessibilité des soins : 7 jours/24 heures

Le réseau des soins doit ainsi être organisé, que les soins médicaux lorsque requis sont donnés aux patients que ce soit à domicile, en cabinet ou en établissement. Cet objectif fait appel à la notion d'équipe, d'interdisciplinarité et de coopération.

La qualité des soins

L'amélioration de la qualité des soins, quel que soit l'endroit où ils sont donnés est un objectif qui supporte ou justifie les changements à apporter à nos modes de pratique et d'organisation.

PRINCIPES À ENDOSSER

1. HIÉRARCHISATION DES SERVICES MÉDICAUX – ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ VIA L'OMNIPRATICIEN

L'organisation des services médicaux en corridors de services et en réseaux nécessite leur hiérarchisation. Si tous s'entendent pour dire que la porte d'entrée du système de santé est assumée par les omnipraticiens, il faut par ailleurs clairement définir les champs d'exercice de la première, deuxième et troisième lignes, et les soins primaires, secondaires, tertiaires et quaternaires.

Il faut que cette définition soit simple, applicable à la réalité montréalaise et convenable autant pour les médecins spécialistes que pour les omnipraticiens.

2. DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS EN LIEN EFFICACE ET EFFICIENT AVEC UNE PREMIÈRE LIGNE FONCTIONNELLE, VIA UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES MÉDICAUX

Il revient au DRMG d'organiser les services médicaux de première ligne. L'outil privilégié par la Commission Clair et maintenant le Ministère est la création de groupes de médecine de famille. Cependant, on ne peut attendre qu'il y ait un nombre suffisant pour la prise en charge de toute la clientèle. Il faut trouver d'autres façons de faire.

Les médecins spécialistes et les omnipraticiens peuvent constituer un réseau intégré s'ils acceptent la définition et les caractéristiques. Ce qui suit est tiré d'un document produit par les médecins conseils œuvrant au sein de la direction de la programmation en 1997.

- Un réseau intégré est constitué d'un ensemble de personnes, d'organismes, d'établissements qui concourent au même but et qui sont en relation pour agir ensemble, et dont les différentes composantes (ressources matérielles, financières et humaines) forment un tout.

- Ce réseau doit respecter toutes les caractéristiques essentielles d'un tel réseau : accessibilité, disponibilité, globalité, continuité, homogénéité, pertinence, efficacité, efficience, qualité des services, circulation de l'information.

- Ce réseau doit être interdépendant, c'est-à-dire en lien avec les centres partenaires et programmes du réseau de santé. Il doit donc être articulé avec les réseaux de soins spécialisés et les autres groupes de professionnels de la santé.

Le schéma ci-joint illustre ce réseau.

L'approche par programme

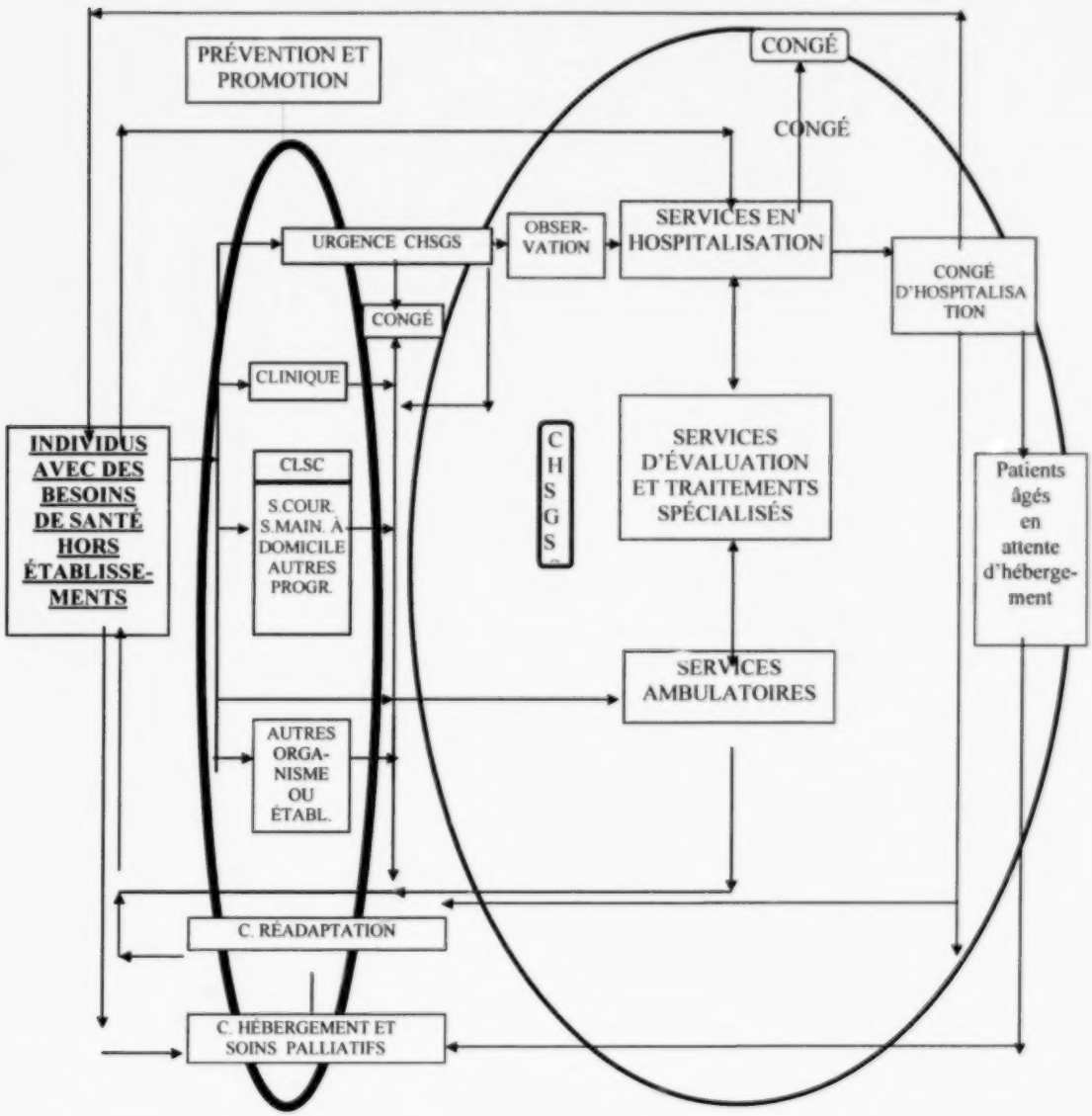
En attendant que les groupes de médecine de famille soient créés et prennent en charge toutes les clientèles, certaines parmi ces dernières plus fragiles et plus susceptibles de se rendre à l'hôpital doivent être prises en charge par une équipe de professionnels.

L'approche par programme est une approche efficace, intéressante et relativement facile d'application (V.G., SIPA, DIABÈTE et RESPIR « MIEUX »), en attendant que les GMF se créent. Certains programmes existants pourraient s'étendre aux 6 sous-régions. D'autres, comme la santé mentale et l'insuffisance cardiaque demandent qu'on s'y intéresse et qu'on leur alloue des budgets.

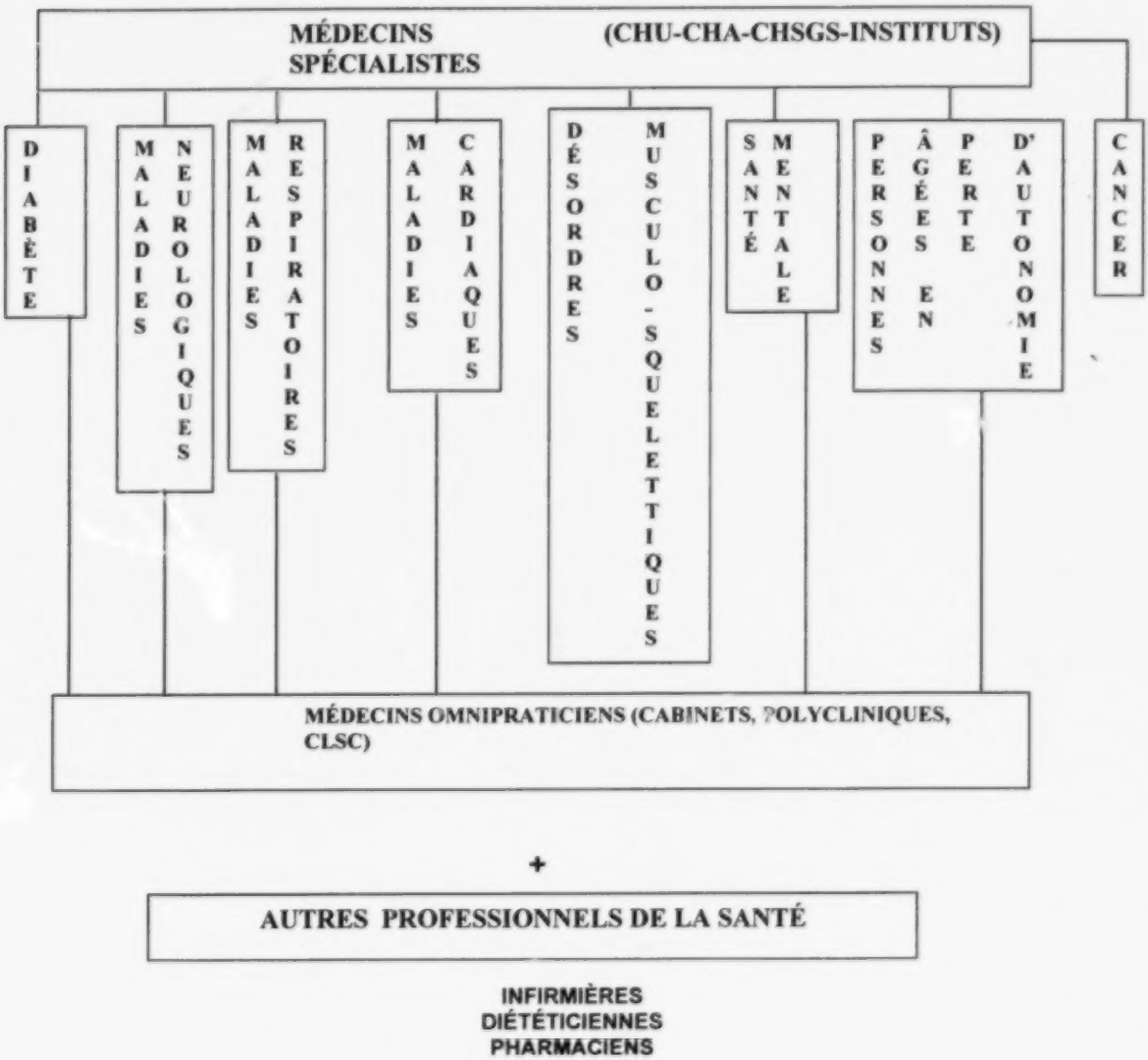
Le diagramme qui suit illustre très simplement cette approche.

Réseau intégré de services de première ligne

N.B: Tous les éléments contenus dans l'ellipse en trait TRÈS GRAS continu représente les activités de la première ligne et l'ellipse en trait GRAS continu ceux de la deuxième ligne en CHSGS.



APPROCHE PAR PROGRAMME (SUITE)



3. RÔLE PRÉPONDÉRANT DES SPÉCIALITÉS DE BASE DANS LE LIEN AVEC LA PREMIÈRE LIGNE

LES SPÉCIALITÉS DE BASE CONCERNÉES SONT :

- Anesthésiologie (clinique de la douleur)
- Médecine interne
- Chirurgie générale
- Psychiatrie
- Anatomopathologie
- Radiologie diagnostique

LES LIENS ET SERVICES SOUHAITÉS SONT :

- Communications faciles ou autres (contact téléphonique ou autre)
- Mise sur pied de cliniques externes avec rendez-vous pour nouveaux patients dans un délai de 4 semaines maximum
- Résultat de consultation rapide
- Suivi par le médecin de famille ou suivi conjoint au besoin

4. LE REGROUPEMENT DES EFFECTIFS POUR LES SOINS TERTIAIRES ET QUATERNAIRES ET DES SPÉCIALITÉS SUPRARÉGIONALES

LES RAISONS QUI LE JUSTIFIENT

- Manque d'effectifs
- Limite des ressources humaines, technologiques et financières
- Compétence + qualité des soins

LES SPÉCIALITÉS VISÉES : PROPOSITION DE CONCENTRATION DES EFFECTIFS EN

CHIRURGIE CARDIAQUE

- CUSM
- CHUM
- INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL
- 1 CENTRE (UNE ÉQUIPE) POUR ENFANTS (2 SITES)

NEUROCHIRURGIE

- CUSM – INSTITUT NEUROLOGIQUE
- CHUM
- HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR (NEUROTRAUMATOLOGIE)
- 1 CENTRE (UNE ÉQUIPE) POUR ENFANTS (2 SITES)

ONCOLOGIE + RADIO-ONCOLOGIE

- CHUM
- CUSM
- HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR
- HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT
- 1 CENTRE (UNE ÉQUIPE) POUR ENFANTS (2 SITES)

5. LA VOCATION SUPRARÉGIONALE DES CHU, DES CHA ET DES INSTITUTS – DES RESSOURCES QUI EN TIENNENT COMPTE

La région de Montréal-Centre dont la population se situe à 1.8 millions d'habitants, offre des services médicaux à 3.2 millions de patients par année. Les graphiques ci-joints montrent d'où vient cette clientèle et les sous-régions qui répondent aux besoins des clientèles en dehors de Montréal.

Trois éléments importants méritent réflexion :

1) Dispose-t-on des effectifs médicaux nécessaires à cette importante mission compte tenu des services spécialisés et ultraspécialisés offerts par les CHU et les CHA ? Non.

2) Dispose-t-on aussi des budgets en conséquence ? Non.

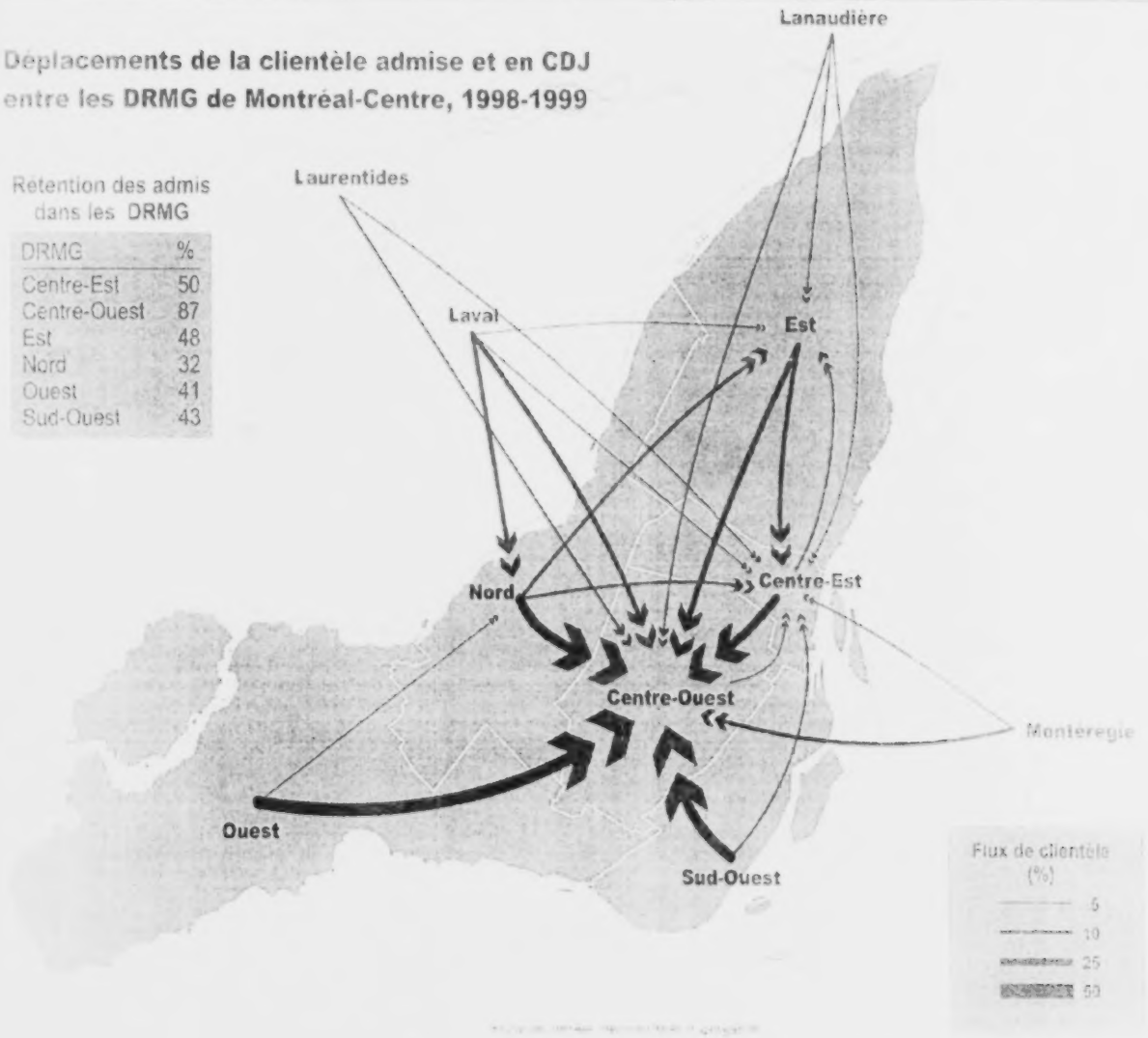
3) Est-ce qu'on ne doit pas avoir une vision suprarégionale de l'organisation de services médicaux ? Oui.

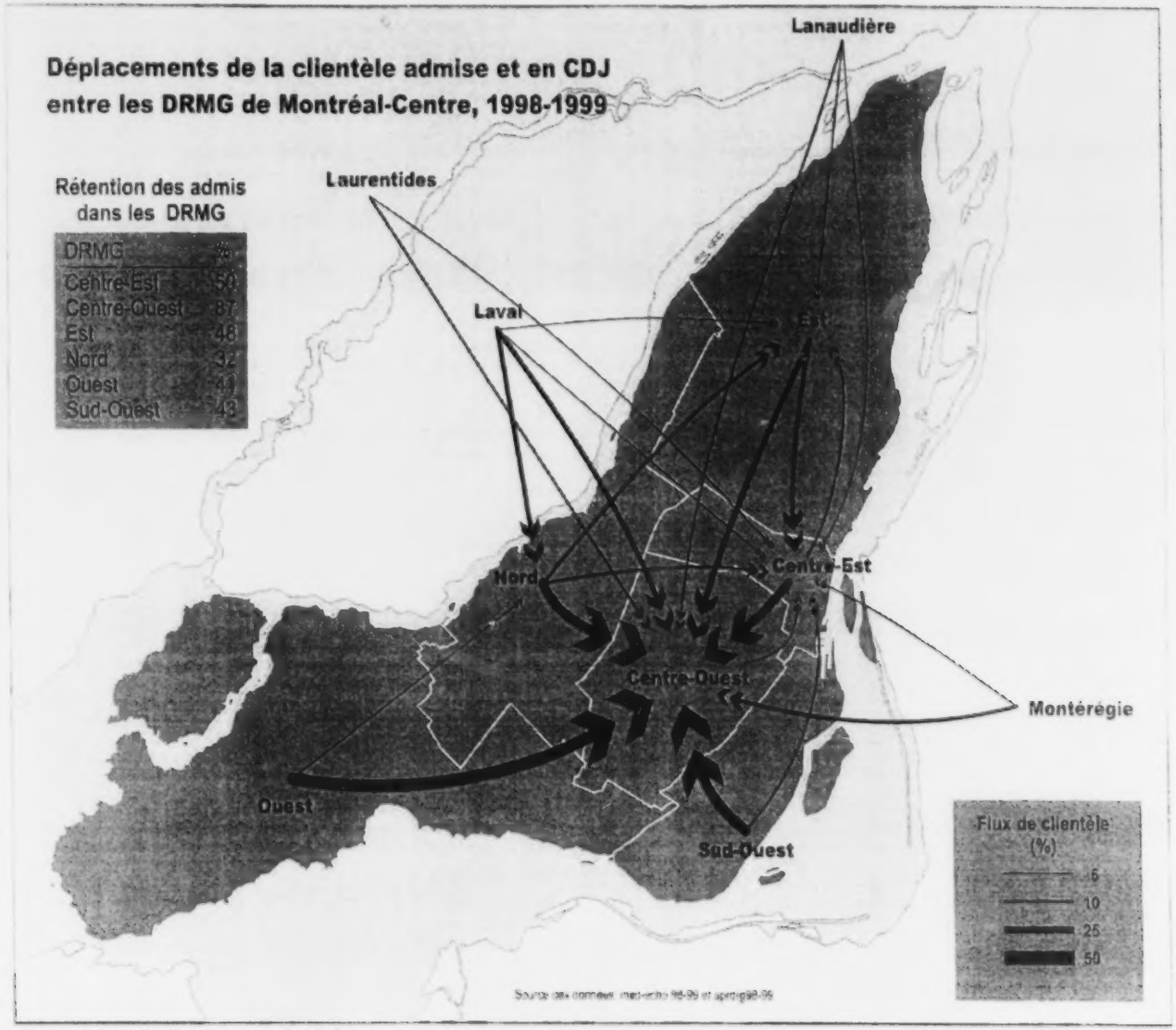
Compte tenu de ce qui précède, il faut préciser les ressources humaines, technologiques et financières dont ont besoin les établissements pour répondre à leur vocation suprarégionale.

Déplacements de la clientèle admise et en CDJ entre les DRMG de Montréal-Centre, 1998-1999

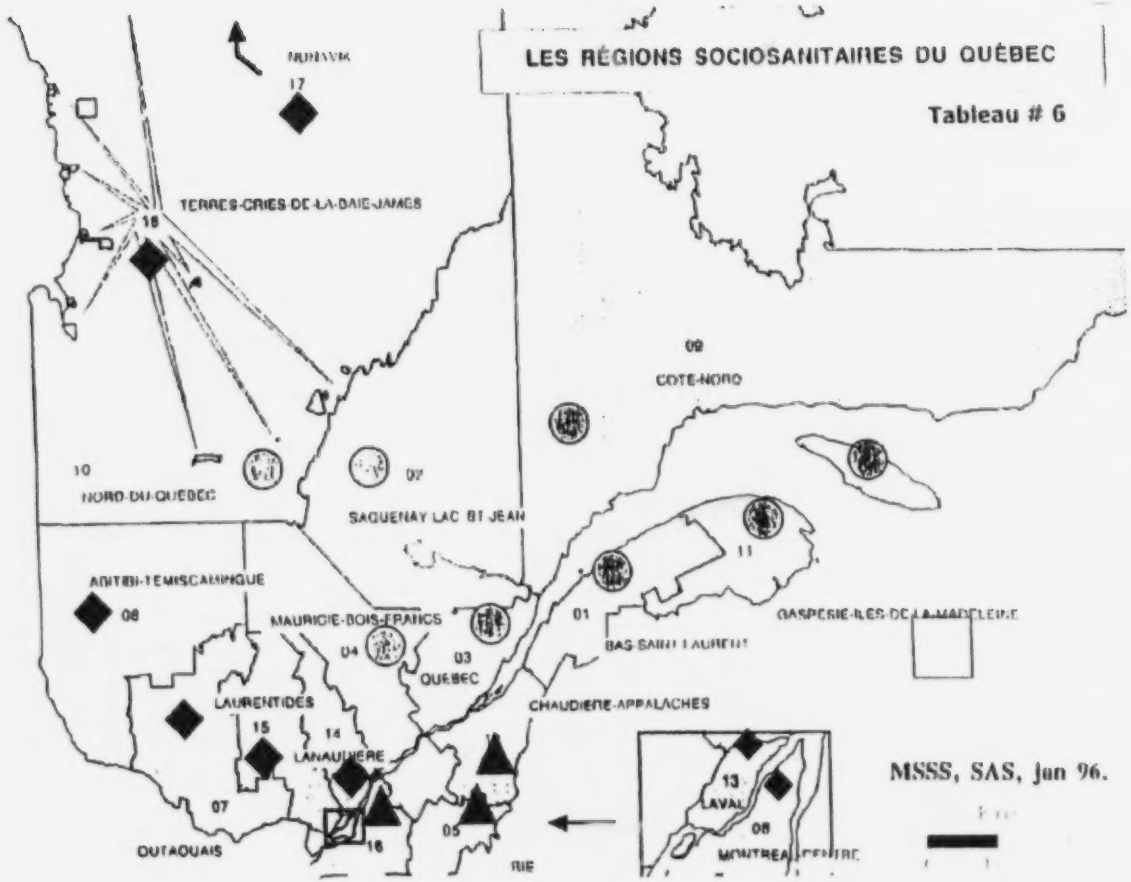
Retention des admis dans les DRMG

DRMG	%
Centre-Est	50
Centre-Ouest	87
Est	48
Nord	32
Ouest	41
Sud-Ouest	43





Réseau régional de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre


LES RÉGIONS SOCIOSANITAIRES DU QUÉBEC
Tableau # 6
17
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
18
09
COTE-NORD
10
NORD-DU-QUEBEC
07
SAGUENAY LAC ST JEAN
11
ABITIBI-TEMISCAMINGUE
08
MAURICIE-BOIS-FRANCS
01
BAS-SAINT-LAURENT
04
03
QUÉBEC
LAURENTIDES
15
14
LANAUDIERE
CHAUDIERE-APPALACHES
13
07
05
16
OUTAOUAIS
MSSS, SAS, Jun 96.

6. COLLABORATION – COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS (FONCTIONNEMENT EN RÉSEAUX) AVEC AUTONOMIE RELATIVE DE CHACUNE DES 6 SOUS-RÉGIONS DE L'ÎLE, POUR LES SOINS PRIMAIRES ET SECONDAIRES

Les établissements, les cliniques médicales et les cabinets fonctionnent en silos, sauf pour certains programmes et certains établissements. Il y a très peu d'articulation, sauf lorsque certaines conditions l'exigent, comme par exemple une pénurie grave d'effectifs dans un établissement. L'organisation d'un réseau d'établissements-cliniques médicales doit permettre de faire face à toute situation, qu'elle concerne une sous-région ou tout le territoire.

Les CHU, les CHA et les Instituts, à cause de leurs ressources et de leur expertise, constituent le noyau autour duquel le réseau est constitué. Cependant, les autres types d'établissements et les cliniques médicales constituent des maillons tout aussi importants du réseau.

Le fonctionnement en réseau des établissements repose sur les principes suivants :

- Partage des effectifs médicaux : l'assurance, par divers moyens, que les pénuries sont comblées.

  Contrats de services entre établissements, lorsque l'un d'eux cède son droit de recrutement d'effectifs à l'autre, en échange d'une couverture de services.

- Partage de l'achalandage à l'urgence entre les établissements d'une sous-région ou avec ceux d'une autre sous-région : vg trauma, soins primaires, secondaires et tertiaires.

- Utilisation des ressources d'un établissement par des médecins d'un autre établissement qui, en échange, assurent les services au premier.

- Contrats de services entre CHU-CHA-INSTITUTS-CHSGS-CHSLD-CR-CLSC d'une sous-région ou de plusieurs.

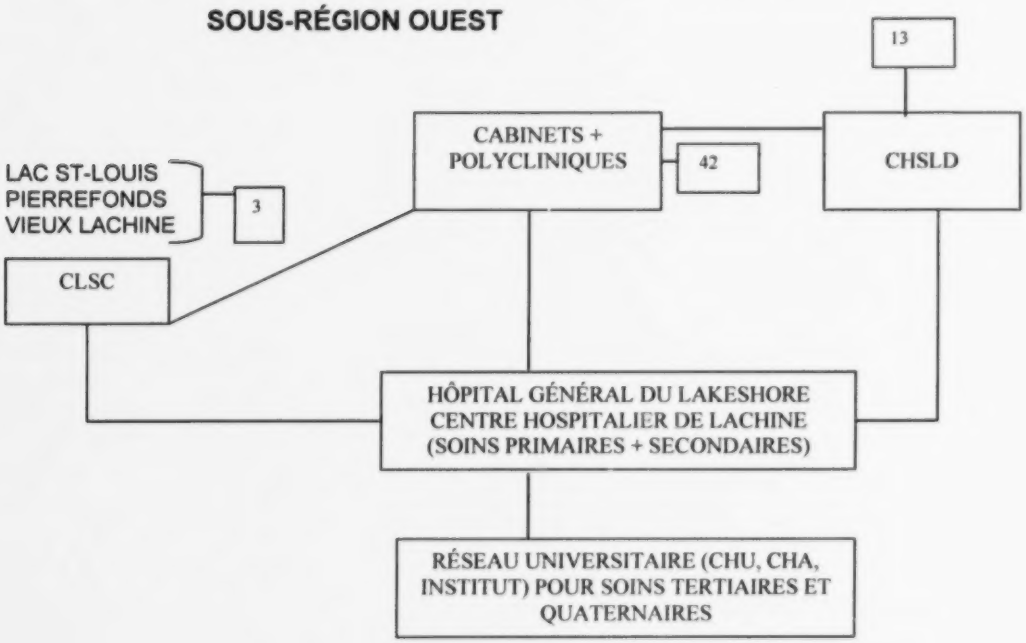
Les graphiques qui suivent illustrent l'organisation de deux types de réseaux, soit le communautaire ou local et l'universitaire (régional et suprarégional). Les deux types de réseaux sont reliés entre eux.

COLLABORATION-COMPLÉMENTARITÉ ENTRE ÉTABLISSEMENTS : RÉSEAUX AUTONOMIE RELATIVE DE CHACUNE DES SOUS-RÉGIONS POUR LES SOINS PRIMAIRES ET SECONDAIRES

RÉSEAUX : 2 TYPES

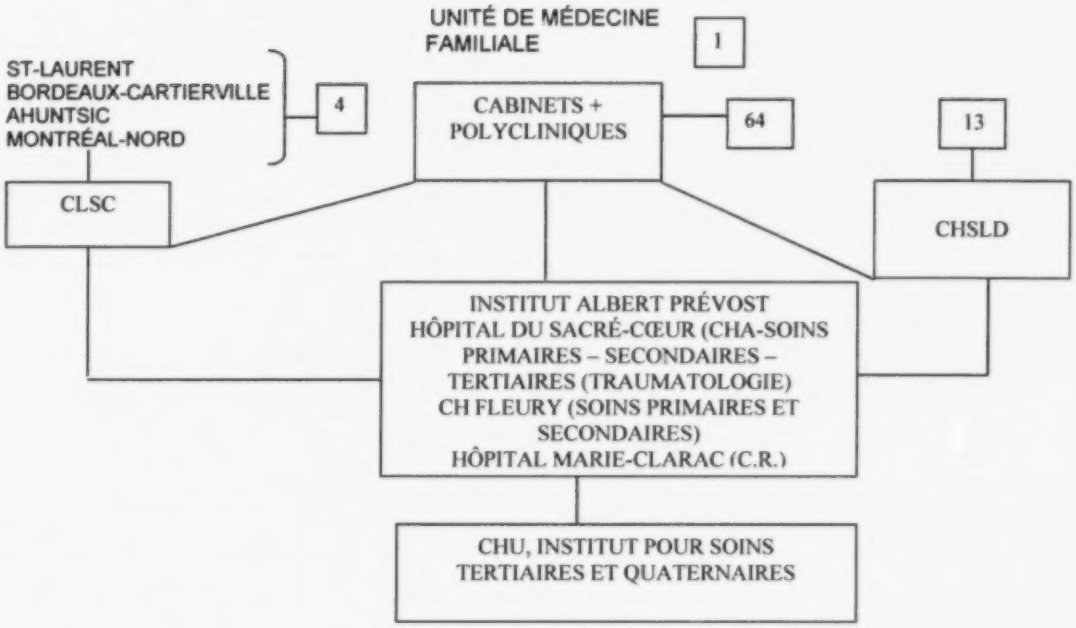
I – RÉSEAU COMMUNAUTAIRE OU DE QUARTIER OU LOCAL

SOUS-RÉGION OUEST

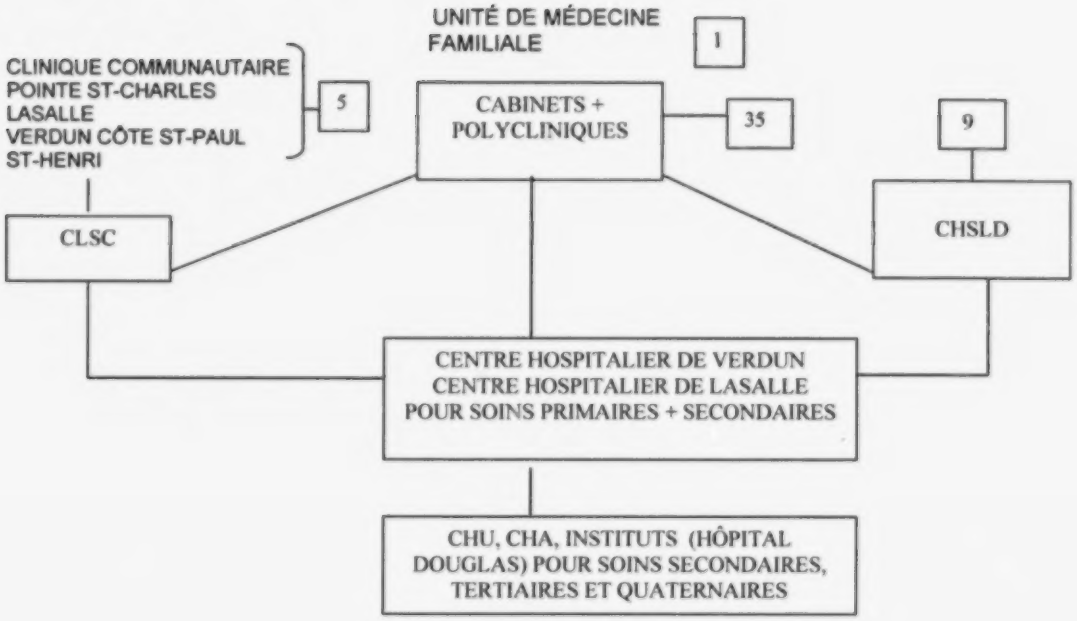


II – RÉSEAUX RÉGIONAUX + SUPRARÉGIONAUX

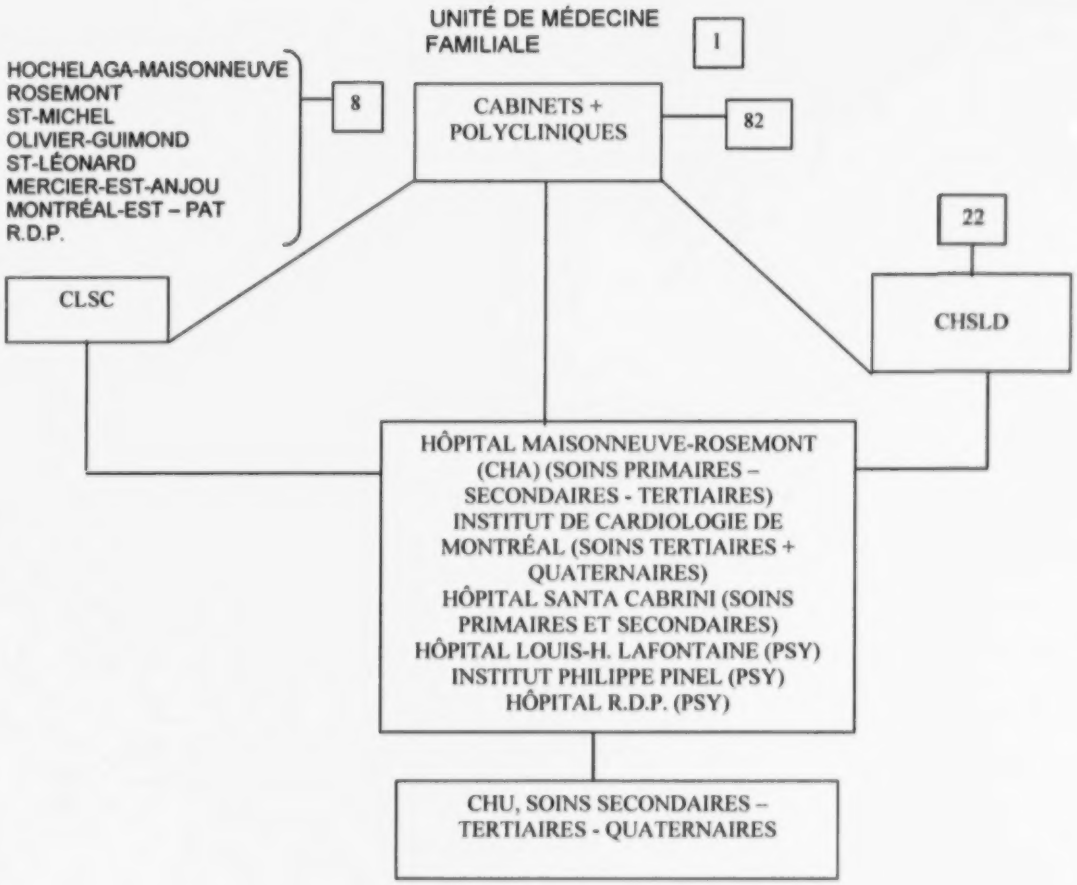
SOUS-RÉGION NORD



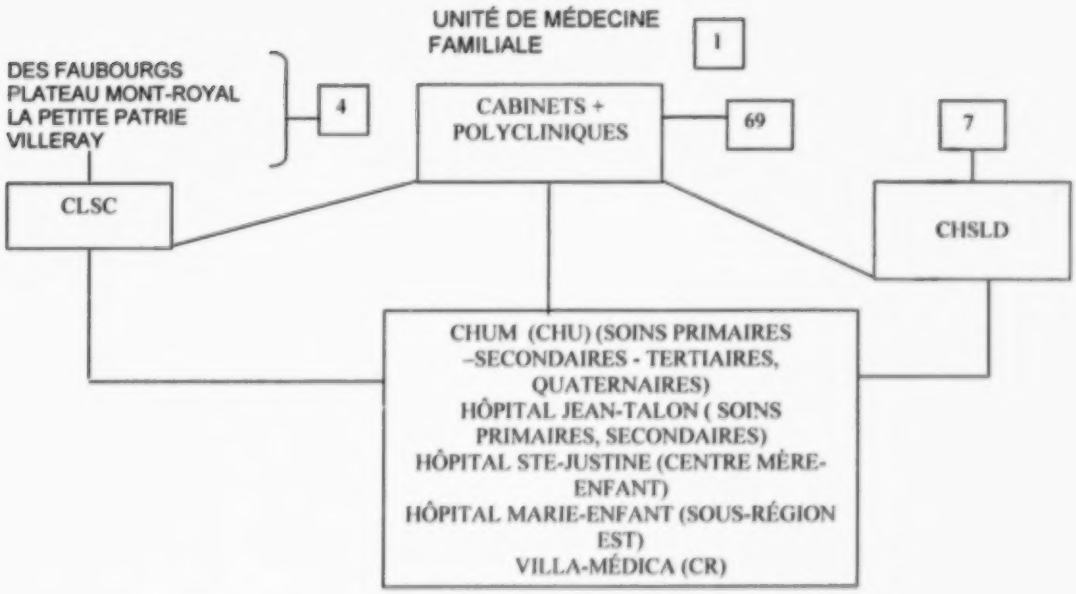
SOUS-RÉGION SUD-OUEST



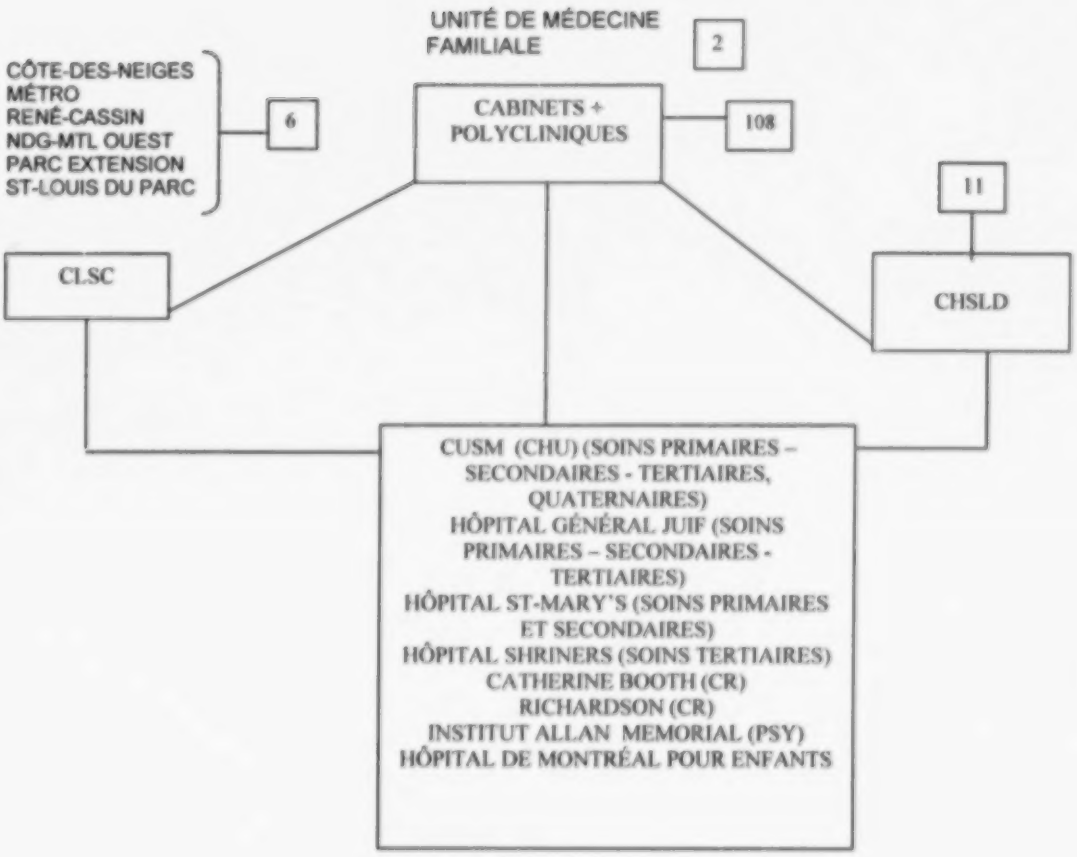
SOUS-RÉGION EST



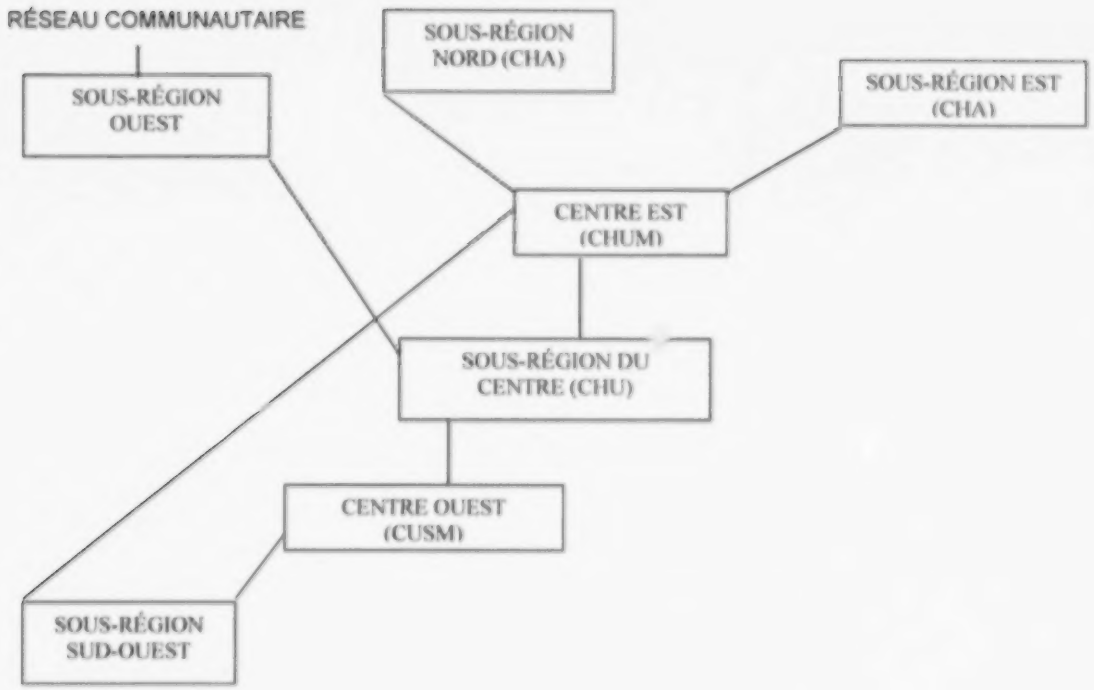
SOUS-RÉGION CENTRE-EST (UNIVERSITAIRE)



SOUS-RÉGION CENTRE-OUEST (UNIVERSITAIRE)



RÉSEAU RÉGIONAL + SUPRARÉGIONAL



Liens entre le réseau communautaire et le réseau régional et suprarégional

Le tableau 5 de la page suivante, tiré du document du Dr Jacques Provost, illustre le réseau d'une autre façon.

RÉSEAU SUPRARÉGIONAL

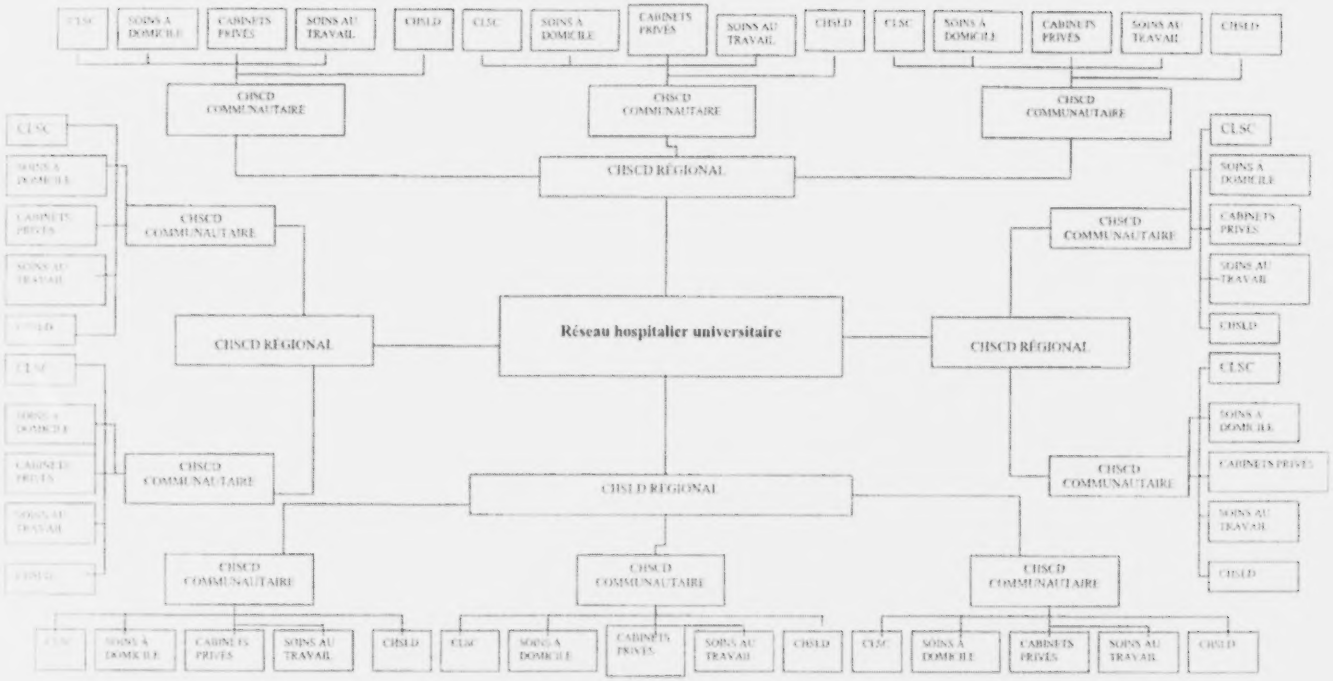


Tableau # 5

7. SALLES D'URGENCE : 17 → IMPLANTÉES AU CŒUR D'UN RÉSEAU DE SOINS DANS LA COMMUNAUTÉ

L'état actuel des salles d'urgence : une situation préoccupante

1. Les conditions d'exercice de la médecine d'urgence
2. La fragilité des effectifs médicaux
3. Le manque de respect de certains droits fondamentaux des malades, notamment le droit à la confidentialité concernant leurs problèmes de santé

Des services susceptibles d'influencer leur fonctionnement

- SOINS PRÉHOSPITALIERS
- TRANSPORT AMBULANCIER ET HÉLIPORTÉ
- MAINTIEN À DOMICILE
- HOSPITALISATION + SORTIE DE L'HÔPITAL
- ACCÈS AU CONSULTANT
- HÔPITAL DE JOUR
- CLSC
- MÉDECIN DE FAMILLE OU TRAITANT
- EFFECTIFS : MÉDECINS – INFIRMIÈRES - PERSONNEL DE SOUTIEN
- COMMUNICATIONS

Il faut voir la salle d'urgence, non seulement comme étant la porte d'entrée des malades dans les établissements, mais comme constituant un maillon important du réseau.

On doit se donner tous les moyens d'en améliorer l'efficience, en agissant sur les facteurs responsables de l'encombrement chronique qui y sévit et qui est inacceptable pour les malades et le personnel. On doit les rendre fonctionnelles.

MOYENS À SE DONNER ET À OBTENIR

- Un réseau informatisé.
  Un dossier patient informatisé et partageable (carte à puce)
- Des ressources professionnelles et de support compétentes et en nombre suffisant
- Des modes de rémunération pour les médecins, appropriés aux modes d'organisation des services : v.g. rémunération mixte
- Un nombre de places suffisant en CHSLD + CR en réseau avec les CH
- Un plateau technique modernisé et accessible

CONDITIONS DE SUCCÈS

- Volonté politique et professionnelle de réaliser un réseau de soins médicaux aussi efficace et efficient que possible compte tenu des effectifs professionnels et des ressources disponibles
- Échéancier réaliste
- Financement adéquat
- Interdisciplinarité
- Participation des professionnels à la gestion du réseau afin d'utiliser les ressources de façon rationnelle, notamment en ce qui concerne les médicaments et les technologies
- Développement professionnel (formation continue)
- Mécanisme d'évaluation
- Intégration et regroupement des ressources

VISION, DANS LE MEILLEUR DES MONDES, DE L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE EN 2010

- **1re ligne organisée par le DRMG,** par exemple avec des groupes de médecine de famille et les autres médecins qui offrent aux citoyens tous les services médicaux dont ils ont besoin sur une base de 24/7

EFFETS ATTENDUS OU SOUHAITÉS →

- SALLES D'URGENCE NON ENCOMBRÉES
- ↑ MAINTIEN À DOMICILE
- ↓ PATIENTS EN CHSLD

- **Des services médicaux spécialisés**
  - qui supportent la 1re ligne, notamment pour les moyens diagnostiques et la consultation
  - qui assurent des corridors de services interétablissements
  - qui participent activement et diligemment aux soins des patients à l'urgence
- **Deux CHU complémentaires dont la mission de soins tertiaires et quaternaires est plus grande que celle des soins primaires et secondaires**
- **Des services ultraspécialisés concentrés**
  - 4 CENTRES DE CHIRURGIE CARDIAQUE
  - 4 CENTRES DE NEUROCHIRURGIE
  - 4 CENTRES D'ONCOLOGIE
  - 1 ÉQUIPE POUR LA CHIRURGIE CARDIAQUE + NEUROCHIRURGIE INFANTILES (2 SITES)
  - 2 CENTRES MAJEURS DE TRAUMATOLOGIE

Annexe 5

ANNEXE 5

Version finale pour approbation

COLLABORATION – COMPLÉMENTARITÉ ENTRE ÉTABLISSEMENTS

PARTAGE DES EFFECTIFS

COMITÉ PROSEM

(PLAN RÉGIONAL DE L'ORGANISATION DES SOINS ET EFFECTIFS MÉDICAUX)

RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE

Mai 2002

I - LE PRINCIPE

La collaboration et la complémentarité entre établissements constituent une solution gagnante pour les parties concernées si elles permettent à l'une de combler ses besoins en effectifs et d'assurer les services à la clientèle et à l'autre d'utiliser certaines ressources de la première pour aussi augmenter l'accessibilité à ses services.

Les recommandations qui suivent reposent sur des prémisses reflétant le problème de la pénurie d'effectifs médicaux en spécialités et de la difficulté de donner à la population de notre territoire les services médicaux spécialisés requis.

II - LES OBJECTIFS VISÉS

- Permettre à la population d'avoir accès à des services médicaux spécialisés requis, le plus rapidement possible, dans un établissement, quel que soit le type (universitaire ou non-universitaire) ;

- S'assurer que les effectifs médicaux spécialisés **se retrouvent** là où les services **sont attendus et rendus**, indépendamment du type d'établissement, dans un souci d'efficacité et d'efficience, quant à l'utilisation des ressources matérielles et humaines disponibles dans le réseau.

- S'assurer que, lorsque intervient un centre hospitalier universitaire, la qualité de la formation des médecins résidents doit être maintenue, voire même avantagée.

III - LES PRÉMISSES

Les prémisses reflétant le problème de la pénurie d'effectifs médicaux en spécialités et de la difficulté de donner à la population de notre territoire les services médicaux spécialisés requis peuvent se formuler de la façon suivante :

- Le plan d'effectifs médicaux 2001-2003 en spécialités, notamment dans celles de base, ne répond pas aux besoins des établissements ;

  Certains de ces établissements non universitaires sont en bris réel de services ou en menace de bris de services parce qu'ils ont une pénurie grave d'effectifs et qu'ils sont incapables de recruter pour plusieurs raisons dont, notamment, à cause du maintien de la politique de 70% des honoraires pour les jeunes médecins qui s'installent à Montréal, et de l'absence de masse critique. Cette politique leur est plus difficile qu'elle ne l'est pour les milieux universitaires dans le cadre de la formation complémentaire ;

  Certains établissements universitaires ont aussi des pénuries actuelles d'effectifs médicaux spécialisés. Ces besoins d'effectifs peuvent paraître moins impérieux, mais sont néanmoins justifiés par l'état des effectifs en place et la demande croissante des

services, de l'enseignement et de la recherche. Le plan des effectifs spécialisés par établissements, pour les disciplines de base, ne leur permet pas de recruter sans utiliser la clause de dérogation pour justifier un ajout net temporaire d'effectifs. Cette augmentation temporaire des effectifs deviendra par la suite une pénalité lors d'un départ réel, recréant la même pénurie.

- Certains établissements non universitaires ont des ressources humaines non-médicales et des facilités techniques sous-utilisées par le manque d'effectifs médicaux spécialisés ; **en contrepartie**, certains établissements universitaires ne peuvent donner tous les services médicaux spécialisés requis à cause du manque de ressources humaines et de facilités techniques.

- Certains services médicaux spécialisés, actuellement dispensés dans les établissements universitaires pourraient, dans un souci d'efficacité et d'efficience, être donnés dans les établissements non universitaires, si l'infrastructure des effectifs médicaux de ces derniers établissements le permettait, dans la perspective d'une couverture optimale des services dans les deux types d'établissements.

  Certains corridors de services et partage d'effectifs entre établissements existent déjà (annexe I). Ils ont été créés sur une base volontaire dans un contexte gagnant pour chacun des établissements.

IV - RECOMMANDATIONS

- Que la Table des DSP, en utilisant notamment l'enquête récente de la Direction des affaires médicales (annexe II), sur les pénuries réelles et appréhendées des effectifs médicaux spécialisés, identifie pour la Régie régionale les établissements, les départements et les services cliniques spécialisés dont la situation reflète une ou plusieurs des problématiques évoquées dans les prémisses et qui seraient intéressés à participer, sur une base volontaire, au développement d'un projet de collaboration et de complémentarité entre établissements. **Dans le cas où deux établissements seraient en pénurie d'effectifs dans la même discipline, la Direction des affaires médicales déterminera lequel des deux pourrait bénéficier d'une entente entre établissements.**

- Que la Régie régionale et les établissements concernés collaborent à l'identification et à la mise en place des conditions gagnantes pour chacun des établissements participants, telles que :

  1. **L'organisation des services médicaux visés, incluant la garde.**

  2. **Les ressources humaines et matérielles nécessaires pour l'utilisation efficace et efficiente des effectifs médicaux spécialisés qui feront l'objet des ententes.**

3. **La budgétisation nécessaire, tenant compte, entre autres;**
   - **de la croissance des coûts là où les services sont rendus**
   - **de l'augmentation de l'offre de service**

- Que la Direction des affaires médicales, en concertation avec la C.M.R., gère les effectifs médicaux de façon à favoriser la complémentarité des services et le partage des effectifs, notamment par l'utilisation du mécanisme de dérogation, lorsqu'indiqué.

- Que la Direction des affaires médicales obtienne du Ministère l'autorisation de gérer les effectifs médicaux sur une base régionale, dans le cas d'une pénurie régionale d'effectifs médicaux dans une spécialité.

- Que la Table des DSP, la DAM et la Direction de la programmation identifient les services dans les établissements universitaires qui pourraient être offerts dans des établissements non universitaires, dans le cadre d'une complémentarité et collaboration entre eux. Ce type de collaboration peut aussi se développer entre les hôpitaux non universitaires et entre les hôpitaux universitaires.

  Dans ce contexte, l'établissement dont la couverture des services serait assurée par les effectifs d'un autre établissement devrait lui permettre d'utiliser les ressources humaines et matérielles pour les services qui y seraient transférés : ex. vg. utilisation du bloc opératoire pour chirurgie ;

- Que la Régie et le MSSS acceptent comme modèle le contrat, paraissant en annexe III et qu'ils en considèrent son implantation et sa diffusion. Ce contrat définit les balises permettant aux établissements de partager des effectifs médicaux spécialisés et des corridors de services, dans le respect de leurs missions respectives.

ANNEXE I

BILAN DES CORRIDORS DE SERVICES EXISTANT ENTRE ÉTABLISSEMENTS SUR LE TERRITOIRE DE LA RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE

SPÉCIALITÉ OU SERVICES COUVERTS	ÉTABLISSEMENT RECEVEUR DE SERVICES	ÉTABLISSEMENT DONNEUR DE SERVICES
Cardiologie	Hôpital Jean-Talon	Hôpital Saint-Luc
Orthopédie	CH de Lachine	CH de Verdun
Psychiatrie	" "	Hôpital Douglas
Gastro-entérologie	" "	Hôpital du Sacré-Cœur
Cardiologie	CH Côte-des-Neiges	Hôpital du Sacré-Cœur
Oncologie	CH Fleury	" "
Anesthésie	CH de Lasalle	CUSM
Chirurgie	" "	" "
Pathologie	" "	" "
Ortho	CH de Lasalle	CH de Lachine
ORL	" "	" "

ANNEXE II

PENURIE D'EFFECTIFS MEDICAUX SPECIALISES MILIEUX UNIVERSITAIRES

17-12-01

Etablissement	CHUM		Hôpital Maisonneuve-Rosemont		Hôpital du Sacré-Cœur		Institut de Cardiologie		Hôpital Général Juif	
Discipline	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée
Anesthésiologie	*	*	2	4	1	1	0	2	*	*
Chirurgie générale	5	6	2	2	1	2	*	*	*	*
Gynécologie Obstétrique	*	*		2	2	1	*	*	*	*
Médecine interne	*	*		1	2	2	1		*	*
Pathologie	4	4	*	*	*	*	oui	1	*	*
Radiologie	*	*	*	*	2	2	1	3	5	
AUTRES SPECIALITES										
Allergie-Immunologie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Biochimie	*	*	*	*	*	*	0	0	*	*
Cardiologie	*	*		1.5	3	6	6	7	*	*
Chirurgie Cardiaque	*	*	*	*	*	*	0	2	*	*
Chirurgie plastique	*	*		3	*	*	*	*	*	*
Chirurgie thoracique	*	*		1	*	*	*	*	*	*
Chirurgie vasculaire	1	2		1	*	*	*	*	*	*
Dermatologie	*	*	0.5	0.5	4		*	*	*	*
Endocrinologie	*	*		1.5	4	1	*	*	*	*
Gastro-entérologie	*	*	2	4	1	1	*	*	*	*
Génétique médicale	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Gériatrie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Hémato-oncologie	4	*		3	4	3	(thérapie)	(hématologie)	*	*
Médecine nucléaire	*	*		2	*	*	1.5	2	*	*
Médecine d'urgence	*	*	*	*	oui	oui	attente réponse	attente réponse	*	*
Microbiologie	*	*		3	0	1		1	*	*
Neurochirurgie	2	1		2	0	1	*	*	*	*
Néphrologie	*	*	2	1	3	2	*	*	*	*
Neurologie	*	*		2	4	2	*	*	*	*
Ophtalmologie	*	*		3	*	*	*	*	*	*
ORL	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Orthopédie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Pédiatrie	oui	4		6	*	*	*	*	*	*
Pédopsychiatrie	*	*	2	2	*	*	*	*	*	*
Physiatrie	*	*	*	*	2		*	*	*	*
Plastie	*	*	*	*	3		*	*	*	*
Pneumologie	*	*	1	3	2	1	*	*	*	*
Psychiatrie	*	*	*	*	oui	3		1	*	*
Psychiatrie adulte	*	*		3	*	*	*	*	*	*
Radiologie-Oncologie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Readaptation	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Rhumatologie	*	*	*	*	1	2	*	*	*	*
Soins intensifs cardiaques	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Soins intensifs chirurgicaux	*	*	1	1	*	*	*	*	*	*
Soins intensifs médicaux	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Urologie	*	*	3	3	*	*	*	*	*	*

0 zones ombragées représentent les réponses obtenues en nombres

spécialités pour lesquelles aucune information n'a été fournie

0 pas de pénurie d'effectifs

zones ombragées représentent les réponses obtenues sans précisions

ANNEXE 6

PENURIE D'EFFECTIFS MEDICAUX SPECIALISES MILIEUX NON UNIVERSITAIRES

17-12-01

Etablissement	Centre Hospitalier de la Salle		Hôpital Jean-Talon		Centre Hospitalier Fleury		Hôpital Santa Cabrini		Hôpital Lachine		Centre Hospitalier de Verdun	
Spécialité	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée
Anesthésiologie	2		oui		1	1	-	2	0	2	oui	-
Chirurgie générale	-	-		4		1	-	-	0	0	-	oui
Gynécologie Obstétrique	-	-	2		-	-	-	-	0	0	-	-
Médecine interne		3	0	1	3	0	0	2	0	3	-	-
Pathologie	-	-	-	-	-	-	-	-	0		-	-
Radiologie	-	-	-	-	1	1	2		0	1	-	-
AUTRES SPECIALITES												
Allergie-Immunologie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Biochimie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Cardiologie			2		-	-	4	1	1		-	-
Chirurgie Cardiaque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chirurgie plastique	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Chirurgie thoracique	-	-	-	-	-	-	0	1	0	0	-	-
Chirurgie vasculaire	-	-	-	-	-	-	0	1	0	0	-	-
Dermatologie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Endocrinologie	-	-	-	-	-	-	0	2	0	0	-	-
Gastro-entérologie	-	-	-	-	1	1	-	-	0	0		oui
Génétique médicale	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Gériatrie	-	-	-	-	1	1	-	-	0	0	-	-
Hémato-oncologie		hémato(oncologie)		1	-	-	2		hématologie)		oui	
Médecine nucléaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Médecine d'urgence	-	-	-	-	-	-	-	-	0	oui	-	-
Néphrologie	-	-	2	1	-	-	-	-	0	0	-	-
Neurochirurgie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Néphrologie	-	-	-	-	-	-	oui	1	0	0	oui	
Neurologie		1	-	1	très de ure	1	2		0	oui	oui	
Ophtalmologie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
ORL	-	-	-	-	2	-	-	-	0	0	-	-
Orthopédie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	oui	-	-
Pédiatrie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Pédopsychiatrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Physiatrie	-	-	-	-	-	-	oui	-	0	0	-	-
Plastie	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Pneumologie		1	-	-	-	-	oui	1	0	oui	-	-
Psychiatrie	-	-	-	-	2	2	-	1	0	0	-	-
Psychiatrie adulte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologie-Oncologie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Réadaptation	-	-			-	-	-	-	-	-	-	-
Rhumatologie	-	-	-	-	-	-	oui	1	0	0	-	-
Soins intensifs-coronariens	-	-	-	-	1		-	-	-	-	-	-
Soins intensifs chir.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soins intensifs médicaux	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urologie		1		2	-	-	-	-	0	0	-	-

x : zones ombragées représentent les réponses obtenues en nombres
- : spécialités pour lesquelles aucune information n'a été fournie
0 : pas de pénurie éprouvée

zones ombragées représentent les réponses obtenues sans précisions

ANNEXE II

PENURIE D'EFFECTIFS MEDICAUX SPECIALISES MILIEUX UNIVERSITAIRES

97-12-01

Etablissement	CHUM		Hôpital Maisonneuve-Rosemont		Hôpital du Sacré-Coeur		Institut de Cardiologie		Hôpital General Juif	
Spécialité de base	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée
Anesthésiologie	*	*	2	4	1	1	0	2	*	*
Chirurgie générale	8	6	2	2	1	2	*	*	*	*
Gynécologie Obstétrique	*	*	*	2	2	1	*	*	*	*
Médecine interne	*	*	*	1	2	2	1	*	*	*
Pathologie	4	4	*	*	*	*	oui	1	*	*
Radiologie	*	*	*	*	2	2	1	3	8	*
AUTRES SPECIALITES										
Allergie-Immunologie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Biochimie	*	*	*	*	*	*	0	0	*	*
Cardiologie	*	*	1.5	*	4	6	6	7	*	*
Chirurgie Cardiaque	*	*	*	*	*	*	0	2	*	*
Chirurgie plastique	*	*	*	2	*	*	*	*	*	*
Chirurgie thoracique	*	*	*	1	*	*	*	*	*	*
Chirurgie vasculaire	1	2	*	1	*	*	*	*	*	*
Dermatologie	*	*	0.5	0.5	4	*	*	*	*	*
Endocrinologie	*	*	*	2.5	4	1	*	*	*	*
Gastro-entérologie	*	*	2	4	1	1	*	*	*	*
Génétique médicale	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Gériatrie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Hématologie-oncologie	4	*	*	3	4	3	0 (hématol)	0 (hématol)	*	*
Médecine nucléaire	*	*	*	2	*	*	1.5	2	*	*
Médecine d'urgence	*	*	*	*	oui	oui	attente réponse	attente réponse	*	*
Microbiologie	*	*	*	3	0	1	*	1	*	*
Neurochirurgie	2	1	*	2	0	1	*	*	*	*
Néphrologie	*	*	2	1	3	2	*	*	*	*
Neurologie	*	*	*	2	4	2	*	*	*	*
Ophtalmologie	*	*	*	1	*	*	*	*	*	*
ORL	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Orthopédie	*	*	*	*	*	*	*	*	1	*
Pédiatrie	oui	4	*	6	*	*	*	*	*	*
Pédopsychiatrie	*	*	2	2	*	*	*	*	*	*
Physiatrie	*	*	*	*	2	*	*	*	*	*
Plastie	*	*	*	*	3	*	*	*	*	*
Pneumologie	*	*	1	3	2	1	*	*	*	*
Psychiatrie	*	*	*	*	oui	3	*	1	*	*
Psychiatrie adulte	*	*	*	3	*	*	*	*	*	*
Radiologie-Oncologie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Réadaptation	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Rhumatologie	*	*	*	*	1	2	*	*	*	*
Soins intensifs-coronarien	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Soins intensifs chirurgicaux	*	*	1	1	*	*	*	*	*	*
Soins intensifs médicaux	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Urologie	*	*	2	3	*	*	*	*	*	*

x — zones ombragées représentent les réponses obtenues en novembre

* — spécialités pour lesquelles aucune information n'a été donnée

0 — pas de pénurie d'effectifs

zones ombragées représentent les réponses obtenues lors de décembre

PENURIE D'EFFECTIFS MEDICAUX SPECIALISES MILIEUX NON UNIVERSITAIRES

17-12-81

Etablissement	Centre Hospitalier de la Salle		Hôpital Jean-Talon		Centre Hospitalier Ukrain		Hôpital Santa Cabrini		Hôpital Lachine		Centre Hospitalier de Verdun	
Spécialité	Postes actuels	Postes appréhendés	Postes actuels	Postes appréhendés	Postes actuels	Postes appréhendés	Postes actuels	Postes appréhendés	Postes actuels	Postes appréhendés	Postes actuels	Postes appréhendés
Anesthésiologie	2	-	oui	-	1	1	-	2	0	1	oui	-
Chirurgie générale	-	-	-	4	-	1	-	-	0	0	-	oui
Gynécologie Obstétrique	-	-	5	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Médecine interne	-	1	0	1	3	0	6	2	0	1	-	-
Pathologie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Radiologie	-	-	-	-	1	1	3	-	0	1	-	-
AUTRES SPECIALITES												
Maxillo-Stomatologie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Biochimie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Cardiologie	-	-	2	-	-	-	4	1	1	-	-	-
Chirurgie Cardiaque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chirurgie plastique	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Chirurgie thoracique	-	-	-	-	-	-	0	1	0	0	-	-
Chirurgie vasculaire	-	-	-	-	-	-	0	1	0	0	-	-
Dermatologie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Endocrinologie	-	-	-	-	-	-	0	2	0	0	-	-
Gastro-entérologie	-	-	-	-	1	1	-	-	0	0	-	oui
Génétique médicale	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Gériatrie	-	-	-	-	1	1	-	-	0	0	-	-
Hémato-oncologie	-	Néphrologie	-	1	-	-	2	-	Hématologie	-	oui	-
Médecine nucléaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Médecine d'urgence	-	-	-	-	-	-	-	-	0	oui	-	-
Microbiologie	-	-	2	1	-	-	-	-	0	0	-	-
Neurochirurgie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Néphrologie	-	-	-	-	-	-	oui	1	0	0	oui	-
Neurologie	-	1	-	1	bris de vue	1	2	-	0	oui	oui	-
Ophtalmologie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
ORL	-	-	-	-	2	-	-	-	0	0	-	-
Orthopédie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	oui	-	-
Pédiatrie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Pédopsychiatrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Physiatrie	-	-	-	-	-	-	oui	-	0	0	-	-
Plastie	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Pneumologie	-	1	-	-	-	-	oui	1	0	oui	-	-
Psychiatrie	-	-	-	-	2	2	-	1	0	0	-	-
Psychiatrie adulte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologie-Oncologie	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-
Réadaptation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rhumatologie	-	-	-	-	-	-	oui	1	0	0	-	-
Soins intermédiaires/coronaires	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Soins intensifs chir.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soins intensifs médicaux	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urologie	-	1	-	2	-	-	-	-	0	0	-	-

x — cases en blanches représentent les réponses obtenues en novembre

* — spécialités pour lesquelles aucune information n'a été donnée

0 — pas de pénurie déclarée

cases ombragées représentent les réponses obtenues suite à l'enquête

ANNEXE II
17-12-01

PENURIE D'EFFECTIFS MEDICAUX SPECIALISES MILIEUX PSYCHIATRIQUE

Etablissement	Hôpital Louis-H. Lafontaine		Hôpital Douglas		Institut Philippe Pinel de Montréal	
Spécialité	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée
Anesthésiologie	*	*	*	*	*	*
Chirurgie générale	*	*	*	*	*	*
Gynécologie Obstétrique	*	*	*	*	*	*
Médecine interne	*	*	*	*	*	*
Pathologie	*	*	*	*	*	*
Radiologie	*	*	*	*	*	*
AUTRES SPECIALITES						
Allergie-Immunologie	*	*	*	*	*	*
Biochimie	*	*	*	*	*	*
Cardiologie	*	*	*	*	*	*
Chirurgie Cardiaque	*	*	*	*	*	*
Chirurgie plastique	*	*	*	*	*	*
Chirurgie thoracique	*	*	*	*	*	*
Chirurgie vasculaire	*	*	*	*	*	*
Dermatologie	*	*	*	*	*	*
Endocrinologie	*	*	*	*	*	*
Gastro-entérologie	*	*	*	*	*	*
Génétique médicale	*	*	*	*	*	*
Gériatrie	*	*	*	*	*	*
Hémato-oncologie	*	*	*	*	*	*
Médecine nucléaire	*	*	*	*	*	*
Médecine d'urgence	*	*	*	*	*	*
Microbiologie	*	*	*	*	*	*
Neurochirurgie	*	*	*	*	*	*
Néphrologie	*	*	*	*	*	*
Neurologie	*	*	*	*	*	*
Ophtalmologie	*	*	*	*	*	*
ORL	*	*	*	*	*	*
Orthopédie	*	*	*	*	*	*
Pédiatrie	*	*	*	*	*	*
Pédopsychiatrie	*	*	oui	4	*	*
Physiatrie	*	*	*	*	*	*
Plastie	*	*	*	*	*	*
Pneumologie	*	*	*	*	*	*
Psychiatrie	0	17	oui	4	8	oui
Psychiatrie adulte	*	*	*	*	*	*
Radiologie-Oncologie	*	*	*	*	*	*
Réadaptation	*	*	*	*	*	*
Rhumatologie	*	*	*	*	*	*
Soins intensifs-coronariens	*	*	*	*	*	*
Soins intensifs chir.	*	*	*	*	*	*
Soins intensifs médicaux	*	*	*	*	*	*
Urologie	*	*	*	*	*	*

x : zones ombragées représentent les réponses obtenues en nombres

* : spécialités pour lesquelles aucune information n'a été donnée

0 : pas de pénurie d'effectifs

: zones ombragées représentent les réponses o

ANNEXE II

17-12-01

PENURIE D'EFFECTIFS MEDICAUX SPECIALISES MILIEUX DIVERS

Établissement	Centre Lucie-Bruneau		Hôpital Richardson		Hôpital Marie-Clarac	
Spécialité	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée
Anesthésiologie	*	*	*	*	*	*
Chirurgie générale	*	*	*	*	*	*
Gynécologie Obstétrique	*	*	*	*	*	*
Médecine interne	*	*	*	*	*	*
Pathologie	*	*	*	*	*	*
Radiologie	*	*	*	*	*	*
AUTRES SPÉCIALITÉS						
Allergie-Immunologie	*	*	*	*	*	*
Biochimie	*	*	*	*	*	*
Cardiologie	*	*	*	*	*	*
Chirurgie Cardiaque	*	*	*	*	*	*
Chirurgie plastique	*	*	*	*	*	*
Chirurgie thoracique	*	*	*	*	*	*
Chirurgie vasculaire	*	*	*	*	*	*
Dermatologie	*	*	*	*	*	*
Endocrinologie	*	*	*	*	*	*
Gastro-entérologie	*	*	*	*	*	*
Génétique médicale	*	*	*	*	*	*
Gériatrie	*	*	*	*	*	*
Hémato-oncologie	*	*	*	*	*	*
Médecine nucléaire	*	*	*	*	*	*
Médecine d'urgence	*	*	*	*	*	*
Microbiologie	*	*	*	*	*	*
Neurochirurgie	*	*	*	*	*	*
Néphrologie	*	*	*	*	*	*
Neurologie	*	*	oui	*	*	*
Ophtalmologie	*	*	*	*	*	*
ORL	*	*	*	*	*	*
Orthopédie	*	*	oui	*	*	*
Pédiatrie	*	*	*	*	*	*
Pédopsychiatrie	*	*	*	*	*	*
Physiatrie	oui	2	oui	*	*	*
Plastie	*	*	*	*	*	*
Pneumologie	*	*	*	*	*	*
Psychiatrie	*	*	oui	*	*	*
Psychiatrie adulte	*	*	*	*	*	*
Radiologie-Oncologie	*	*	*	*	0	1
Réadaptation	*	*	*	*	*	*
Rhumatologie	*	*	*	*	*	*
Soins intensifs-coronariens	*	*	*	*	*	*
Soins intensifs chir.	*	*	*	*	*	*
Soins intensifs médicaux	*	*	*	*	*	*
Urologie	*	*	*	*	*	*

zones ombragées représentent les réponses obtenues en nombres

zones ombragées représentent les réponses obtenues sans précisions

* spécialités pour lesquelles aucune information n'a été donnée

0 pas de pénurie d'effectifs

ANNEXE II
17-12-01

PENURIE D'EFFECTIFS MEDICAUX SPECIALISES MILIEUX PSYCHIATRIQUE

Établissement	Hôpital Louis-H. Lafontaine		Hôpital Douglas		Institut Philippe Pinel de Montréal	
Spécialité	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée
Anesthésiologie	-	-	-	-	-	-
Chirurgie générale	-	-	-	-	-	-
Gynécologie Obstétrique	-	-	-	-	-	-
Médecine interne	-	-	-	-	-	-
Pathologie	-	-	-	-	-	-
Radiologie	-	-	-	-	-	-
AUTRES SPECIALITES						
Allergie-Immunologie	-	-	-	-	-	-
Biochimie	-	-	-	-	-	-
Cardiologie	-	-	-	-	-	-
Chirurgie Cardiaque	-	-	-	-	-	-
Chirurgie plastique	-	-	-	-	-	-
Chirurgie thoracique	-	-	-	-	-	-
Chirurgie vasculaire	-	-	-	-	-	-
Dermatologie	-	-	-	-	-	-
Endocrinologie	-	-	-	-	-	-
Gastro-entérologie	-	-	-	-	-	-
Génétique médicale	-	-	-	-	-	-
Gériatrie	-	-	-	-	-	-
Hématro-oncologie	-	-	-	-	-	-
Médecine nucléaire	-	-	-	-	-	-
Médecine d'urgence	-	-	-	-	-	-
Microbiologie	-	-	-	-	-	-
Neurochirurgie	-	-	-	-	-	-
Néphrologie	-	-	-	-	-	-
Neurologie	-	-	-	-	-	-
Ophtalmologie	-	-	-	-	-	-
ORL	-	-	-	-	-	-
Orthopédie	-	-	-	-	-	-
Pédiatrie	-	-	-	-	-	-
Pédopsychiatrie	-	-	oui	1	-	-
Physiatrie	-	-	-	-	-	-
Plastie	-	-	-	-	-	-
Pneumologie	-	-	-	-	-	-
Psychiatrie	0	15	oui	4	8	oui
Psychiatrie adulte	-	-	-	-	-	-
Radiologie-Oncologie	-	-	-	-	-	-
Réadaptation	-	-	-	-	-	-
Rhumatologie	-	-	-	-	-	-
Soins intensifs-coronariens	-	-	-	-	-	-
Soins intensifs chir	-	-	-	-	-	-
Soins intensifs médicaux	-	-	-	-	-	-
Urologie	-	-	-	-	-	-

x — zones ombragées représentent les réponses obtenues en nombres

\- — spécialités pour lesquelles aucune information n'a été donnée

0 — pas de pénurie d'effectifs

zones ombragées représentent les réponses c

ANNEXE II

57-12-05

PENURIE D'EFFECTIFS MEDICAUX SPECIALISES MILIEUX DIVERS

Etablissement	Centre Lucie-Bruneau		Hôpital Richardson		Hôpital Marie-Curac	
Spécialité	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée	Pénurie actuelle	Pénurie appréhendée
Anesthésiologie	*	*	*	*	*	*
Chirurgie générale	*	*	*	*	*	*
Gynécologie Obstétrique	*	*	*	*	*	*
Médecine interne	*	*	*	*	*	*
Pathologie	*	*	*	*	*	*
Radiologie	*	*	*	*	*	*
AUTRES SPECIALITES						
Allergie-Immunologie	*	*	*	*	*	*
Biochimie	*	*	*	*	*	*
Cardiologie	*	*	*	*	*	*
Chirurgie Cardiaque	*	*	*	*	*	*
Chirurgie plastique	*	*	*	*	*	*
Chirurgie thoracique	*	*	*	*	*	*
Chirurgie vasculaire	*	*	*	*	*	*
Dermatologie	*	*	*	*	*	*
Endocrinologie	*	*	*	*	*	*
Gastro-entérologie	*	*	*	*	*	*
Génétique médicale	*	*	*	*	*	*
Gériatrie	*	*	*	*	*	*
Hémato-oncologie	*	*	*	*	*	*
Médecine nucléaire	*	*	*	*	*	*
Médecine d'urgence	*	*	*	*	*	*
Microbiologie	*	*	*	*	*	*
Neurochirurgie	*	*	*	*	*	*
Néphrologie	*	*	*	*	*	*
Neurologie	*	*	moi	*	*	*
Ophtalmologie	*	*	*	*	*	*
ORL	*	*	*	*	*	*
Orthopédie	*	*	moi	*	*	*
Pédiatrie	*	*	*	*	*	*
Pédopsychiatrie	*	*	*	*	*	*
Physiatrie	moi	2	moi	*	*	*
Plastie	*	*	*	*	*	*
Pneumologie	*	*	*	*	*	*
Psychiatrie	*	*	moi	*	*	*
Psychiatrie adulte	*	*	*	*	*	*
Radiologie-Oncologie	*	*	*	*	*	*
Readaptation	*	*	*	*	0	0
Rhumatologie	*	*	*	*	*	*
Soins intensifs-coronariens	*	*	*	*	*	*
Soins intensifs chir.	*	*	*	*	*	*
Soins intensifs médicaux	*	*	*	*	*	*
Urologie	*	*	*	*	*	*

x zones ombragées représentent les réponses obtenues en nombres

zones ombragées représentent les réponses obtenues sans précision

* spécialités pour lesquelles aucune information n'a été donnée

0 pas de pénurie d'effectifs

ANNEXE III

Le 29 janvier 2002

PROTOCOLE DE SERVICES INTER-ÉTABLISSEMENTS

Entre

L'HÔPITAL LOUIS-H LAFONTAINE
7401, rue Hochelaga
Montréal, (Québec) H1N 3M5
Téléphone : (514) 251-4000,poste 2935

Et

LE CENTRE HOSPITALIER FLEURY
2180, rue Fleury est
Montréal, (Québec) H2B 1K3
Téléphone : (514) 381-9311, poste 2007

Attendu le cheminement fait dans ce projet de partenariat depuis juin 2001 et les échanges bipartites et ceux avec la Régie régionale de Montréal-Centre;

Attendu que le plan régional d'effectifs médicaux en psychiatrie reconnaît sept membres actifs au Centre hospitalier Fleury au 1er février 2001;

Attendu les objectifs du Plan régional d'effectifs médicaux en spécialités 2001-2003 qui sont :

- de maximiser l'accessibilité à des services médicaux de qualité en tout temps pour la population desservie par la région de Montréal-Centre,
- d'assurer des effectifs médicaux aux établissements en pénurie, soit par le recrutement d'effectifs, soit par l'apport d'effectifs fournis par des établissements mieux nantis,
- d'assurer un meilleur équilibre et une meilleure équité en effectifs médicaux entre les hôpitaux universitaires et non universitaires;

Attendu les règles de gestion du PREM en spécialités 2001-2003 qui stipulent que dans le cadre d'un contrat de services entre établissements (en respectant les articles 108 et 109 de la Loi SSSS) d'une durée maximale de cinq ans, un établissement pourrait céder son recrutement d'effectifs dans une discipline de base à un autre établissement dont le plan d'effectifs l'y autorise ou si la Régie et le Ministère le permettent dans le cas d'un dépassement d'effectifs. De cette façon, le deuxième établissement peut s'engager à couvrir certains services médicaux de la discipline dans les deux établissements, pour la durée du contrat;

Attendu l'engagement des deux établissements d'assurer la qualité des services à la population;

Attendu la volonté de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine de diffuser son expertise de CHSP universitaire et de jouer un rôle de plus en plus important au plan régional;

Attendu les recommandations des chefs de département de psychiatrie et des directeurs généraux des établissements concernés ;

Les parties conviennent de ce qui suit, tout en maintenant leur autonomie administrative et fonctionnelle :

Le Centre hospitalier Fleury et l'Hôpital Louis-H. Lafontaine s'engagent mutuellement :

- à analyser le fonctionnement du département de psychiatrie du Centre hospitalier Fleury, à soumettre un rapport à la direction générale de ce dernier établissement avec un diagnostic organisationnel et à proposer des pistes de solutions;
- à explorer des voies nouvelles de collaboration;
- à déployer des efforts concertés dans leur plan de recrutement;
- à ouvrir leur programme respectif d'éducation médicale continue.

Le Centre hospitalier Fleury s'engage à :

céder son recrutement de deux postes vacants de son plan d'effectifs médicaux à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine pour une durée maximale de cinq ans, **sous réserve de la disposition « e »**. Advenant la libération d'un des cinq autres postes, **l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et le Centre hospitalier Fleury aviseront la Régie régionale quant à leur volonté d'inclure ou non ce poste à la présente entente. Une inclusion nécessitera la signature par toutes les parties d'un amendement à la présente entente.**

L'Hôpital Louis-H. Lafontaine s'engage à :

- couvrir les services médicaux pour une durée maximale de cinq ans, soit dix jours/semaine pour l'équivalent de deux temps complets, **sous réserve de la disposition « d ».**
- donner àl a clientèle du Centre hospitalier Fleury l'accès à ses cliniques surspécialisées selon la disponibilité des ressources : géronto-psychiatrie, soins intensifs, bioéthique, psycho-pharmacie, béhaviorale, jeune adulte schizophrénie, comorbidité psychiatrie-toxicomanie, ECT;
- permettre au Centre hospitalier Fleury d'être inclus dans ses projets de recherche multi-centrique.

La Régie régionale s'engage à :

- **reconnaître à la fin de l'entente (expiration du terme, abrogation) ces deux effectifs médicaux-psychiatres au plan d'effectifs médicaux du Centre hospitalier Fleury.**
- **effectuer les représentations nécessaires afin que l'Hôpital Louis-H. Lafontaine soit autorisé à dépasser de deux effectifs médicaux-psychiatres les objectifs des PREM en spécialités valides pour la durée de l'entente.**

Dispositions particulières :

(a) Cette entente de service ne peut lier les deux établissements en matière d'imputabilité budgétaire, celle-ci devant faire l'objet d'une entente particulière à cet effet.

(b) Afin de faciliter la mise en application de cette entente, les établissements désignés et associés reconnaissent les chefs de département de psychiatrie des établissements responsables de l'interprétation et de l'application de l'entente et leur demandent de faire toute recommandation qui pourrait être utile.

(c) Tout différend concernant l'application de l'entente, qui n'a pas été résolu au niveau de l'établissement désigné et de l'établissement associé, doit être soumis au conseil d'administration des établissements qui conviendront des dispositions à prendre. **Un arbitrage pourra être demandé à la Régie régionale (Direction des affaires médicales). Dans ce cas, la décision rendue par la Régie sera finale et sans appel et valide pour la durée de l'entente. Exception : un arbitrage ne peut être demandé à la Régie au sujet de la disposition « d ».**

(d) L'Hôpital Louis-H. Lafontaine et le Centre hospitalier Fleury ne peuvent pas mettre fin avant terme à la présente entente autrement que par le biais d'un accord commun et après avoir avisé par écrit la Régie régionale.

(e) Dans l'éventualité d'une fin consensuelle à la présente entente, ou à l'expiration de celle-ci, le nombre d'effectifs médicaux de chaque établissement sera ajusté en fonction du choix du lieu de pratique ultime des médecins-psychiatres autrefois concernés par l'entente. Dans le cas d'un dépassement d'effectifs à son plan résultant de l'entente abrogée, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine ne pourra recruter aucun nouveau médecin-psychiatre dans le cadre d'une entente inter-établissements jusqu'à ce que son nombre de médecins redevienne conforme à celui de son plan d'établissement valide pour la période en cours. Toutefois, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine pourra à cet effet utiliser son dépassement d'effectifs pour desservir un autre établissement de Montréal-Centre, et ce par le biais d'une entente approuvée par la Régie régionale et le Ministère.

En foi de quoi les parties ont signé à Montréal, en ce e jour de 2002.

André Lemieux
Directeur général
Hôpital Louis-H. Lafontaine

Marc Fortin
Directeur général
Centre hospitalier Fleury

André Luyet, m.d., chef
Département de psychiatrie
Hôpital Louis-H. Lafontaine

Pierre Charbonneau, m.d.
Chef int. Département de psychiatrie
Centre hospitalier Fleury

Marcel Villeneuve
Directeur général
Régie régionale de Montréal-Centre

Guy Legros, m.d.
Directeur des affaires médicales
Régie régionale de Montréal-Centre

Révisé le : 2001 12 18/va
J:\Directions\Direction des affaires médicales\Cosma\Projet d'entente_DSPH et LHL_no5.doc

Annexe 6

Provider volume and clinical outcomes in surgery: Issues and implications

by
Clara N. Lee, MD, MPP,
and
John M. Daly, MD, FACS,
New York, NY

Concern about quality in health care has undergone dramatic resurgence in recent years. Unfortunately, the availability of objective data on the quality of care delivered by individual surgeons and hospitals has remained limited. For this reason, patients, insurers, corporate purchasers, and policymakers are looking increasingly to provider volume as a surrogate indicator for quality of care.

A growing body of literature finds a positive association between hospital and surgeon volume and clinical outcomes in surgery. The magnitude and the nature of this association appear to be highly variable, however, depending on the procedure and on the study design. The methodological rigor of investigations on volume and outcomes is also highly variable. For surgeons to take part in this discussion and the policy debate that arises from it, we need to understand the conceptual issues underlying the debate and to be able to critically assess the literature.

This article explains the conceptual issues that form the basis of the discussion about provider volume and clinical outcomes and proposes a method to evaluate the literature. It reviews some of the findings in the literature and then describes the policy implications of those findings.

Conceptual issues

Provider volume itself is not the equivalent of health care quality. Rather, it serves as a proxy for quality, because quality itself is difficult to define and difficult to measure. Many initiatives under way hold the promise of eventually improving the measurement of health care quality.[1] In the meantime, however, clinical volume will continue to be used as an indicator of quality and a predictor of outcome.

Two hypotheses have been proposed to explain the association between volume and outcomes. The "practice makes perfect" hypothesis is based on the notion that repetition improves a surgeon's or hospital's ability to perform a procedure. The "selective referral" hypothesis stems from the premise that those providers who have good outcomes receive more referrals as a result, and therefore have higher volumes.

The practice makes perfect hypothesis has intuitive appeal but begs several questions. Is there a limit to how much a surgeon or hospital can improve with increasing volume? Is there a threshold of experience that a provider must obtain before seeing any improvement in quality? Do all surgical procedures improve with higher volumes? One would expect, given the practice makes perfect hypothesis, that for simple procedures, practice may not be necessary, whereas for more complex operations, practice would be important; that is to say, a strong relationship between volume and outcomes would exist for esophagectomy but not for breast lumpectomy.

For the selective referral hypothesis to be true, two conditions must be met. First, patients and referring physicians must know which surgeons and hospitals have better outcomes. Second, they must be willing and able to act upon such knowledge. With a few exceptions, such as the public reporting of mortality statistics for cardiac surgery

Provider volume and clinical outcomes in surgery: Issues and implications

by
Clara N. Lee, MD, MPP,
and
John M. Daly, MD, FACS,
New York, NY

Concern about quality in health care has undergone dramatic resurgence in recent years. Unfortunately, the availability of objective data on the quality of care delivered by individual surgeons and hospitals has remained limited. For this reason, patients, insurers, corporate purchasers, and policymakers are looking increasingly to provider volume as a surrogate indicator for quality of care.

A growing body of literature finds a positive association between hospital and surgeon volume and clinical outcomes in surgery. The magnitude and the nature of this association appear to be highly variable, however, depending on the procedure and on the study design. The methodological rigor of investigations on volume and outcomes is also highly variable. For surgeons to take part in this discussion and the policy debate that arises from it, we need to understand the conceptual issues underlying the debate and to be able to critically assess the literature.

This article explains the conceptual issues that form the basis of the discussion about provider volume and clinical outcomes and proposes a method to evaluate the literature. It reviews some of the findings in the literature and then describes the policy implications of these findings.

Conceptual issues

Provider volume itself is not the equivalent of health care quality. Rather, it serves as a proxy for quality, because quality itself is difficult to define and difficult to measure. Many initiatives under way hold the promise of eventually improving the measurement of health care quality.[1] In the meantime, however, clinical volume will continue to be used as an indicator of quality and a predictor of outcome.

Two hypotheses have been proposed to explain the association between volume and outcomes. The "practice makes perfect" hypothesis is based on the notion that repetition improves a surgeon's or hospital's ability to perform a procedure. The "selective referral" hypothesis stems from the premise that those providers who have good outcomes receive more referrals; as a result, and therefore have higher volumes.

The practice makes perfect hypothesis has intuitive appeal but begs several questions. Is there a limit to how much a surgeon or hospital can improve with increasing volume? Is there a threshold of experience that a provider must obtain before seeing any improvement in quality? Do all surgical procedures improve with higher volumes? One would expect, given the practice makes perfect hypothesis, that for simple procedures, practice may not be necessary, whereas for more complex operations, practice would be important; that is to say, a strong relationship between volume and outcomes would exist for esophagectomy but not for breast lumpectomy.

For the selective referral hypothesis to be true, two conditions must be met. First, patients and referring physicians must know which surgeons and hospitals have better outcomes. Second, they must be willing and able to act upon such knowledge. With a few exceptions, such as the public reporting of mortality statistics for cardiac surgery

in certain states, outcome data for individual surgeons and hospitals are not, in fact, available to the public. Even when such data are available, referring physicians still do not base their referrals on that information,[27] and patients do not necessarily use that data when choosing providers.[28] The selective referral hypothesis also requires that patients have their choice of surgeons and hospitals, but many patients do not for financial, insurance, logistical, or other reasons.[6]

An alternative way to think about the relationship between volume and outcomes is to ask just what high-volume providers do differently than low-volume providers. Do they take specific actions that others do not? If so, which of those actions affect outcome? Health services researchers would call such specific actions "processes of care." An example of a process of care is a specific maneuver that a vascular surgeon does during a carotid endarterectomy, or the cross-clamp time during coronary artery bypass grafting. The more we learn about the differences in specific processes of care and their effects on patient outcomes, the more we could potentially improve the outcomes of low-volume providers.

Critically assessing the literature

The literature on volume and outcomes in surgery is growing rapidly, and the quality of the literature is highly variable. The ideal study should have findings that could be generalized beyond the sample of the study and could provide some insight regarding the magnitude and nature of the relationship between volume and outcome. Thus, a surgeon reading these studies should examine several factors, including the type and size of the sample being studied, the use of risk adjustment, the quality and type of data used, and the measurement of clinical processes of care.

- *Sample.* For a study to be truly generalizable, it must examine a population-based sample of patients and all surgeons/hospitals available in that population-based sample. An example of a population-based sample would be all patients undergoing coronary artery bypass graft in New York State in a given year. An example of a nonpopulation-based sample would be all carotid endarterectomy patients seen at two hospitals. Such a study might still provide valuable information, but its conclusions could not be considered those from which generalizations could be drawn.

A study should also include enough variability among the providers being compared. For example, one study of pancreaticoduodenectomy in Maryland included 15 hospitals, but only one institution qualified as "high-volume." Thus, the ability to generalize its findings to all high-volume hospitals is limited.

- *Risk adjustment.* One of the most important aspects of any outcome assessment is risk adjustment. Risk adjustment is the process of accounting for differences in patients' comorbidities and severity of disease. It enables us to determine whether any differences in outcome are due to differences in the care given or merely to differences in the patients. Some have argued that higher-volume surgeons may have better outcomes merely because they operate on less sick patients, rather than because of anything that they do better.

The type of data used for risk adjustment is also important. Most studies use administrative data, such as diagnosis related codes, for information about patient comorbidities. This method is fraught with inaccuracies.[7] Very few studies use the far more accurate source of data on comorbidities and severity—namely, clinical information abstracted from patient charts.

- *Data type.* The source of data, in general, is an important factor in determining a study's validity. The most commonly used sources of outcome data are administrative data banks. Such databases are designed for billing purposes, usually only contain information on mortality, and are notoriously limited in their accuracy.[7,8] A better source of data would be a repository of clinical, rather than administrative, information. For example, Medicare's surveillance, epidemiology, and end results (SEER) database was specifically designed to collect clinical details about each patient in the database, rather than merely discharge diagnoses. Finally, the ideal source of data on clinical outcomes would be the actual clinical record. Specific pieces of information about the outcome of a case, such as death, stroke, myocardial infection, and so on, could be obtained.

- *Processes of care.* A few studies measure how high-volume providers differ from low-volume providers in terms of what they actually do. For example, some of the studies of oncologic surgery

adjust for the use of adjuvant therapy or for the type of surgical resection.[7,10] Another example is a study of total hip replacement that adjusted for the type of prosthesis used and for the use of perioperative antibiotics.[11] Such data on what high-volume surgeons actually do differently from low-volume surgeons would have major implications for management algorithms to improve quality.

Literature findings

The literature on volume and outcomes in surgery has become quite extensive, covering many types of surgery, including pancreatic, esophageal, lung, colorectal, breast, cardiac, pediatric cardiac, joint replacement, carotid, and abdominal aortic aneurysm surgery. The reader is referred elsewhere for more exhaustive reviews of the literature.[12,13] Here, we review some of the most significant findings.

The majority of studies find a positive association between higher volume and better outcome.[12] This is true for studies of surgeon volume and for studies of hospital volume.

In general, the more complex surgical procedures show the strongest association between provider volume and outcomes (see Tables 1 and 2, this page). Among all of the procedures studied, the strongest association exists for surgery of the pancreas and esophagus and in pediatric cardiac surgery. One study of outcomes after pancreaticoduodenectomy reported a mortality difference of 7 percent between high-volume and low-volume surgeons. It also found a mortality difference of 14 percent for high-volume hospitals compared to low-volume hospitals.[14] Studies of outcomes after esophagectomy reported a mortality difference between low-volume versus high-volume hospitals ranging from 10 to 13 percent.[15,17] Differences in mortality were more modest for CABG, carotid endarterectomy, lung resection, and colorectal surgery.

A somewhat surprising finding is that even for some relatively simple operations, clinical outcomes improve with higher volumes. One study found that the five-year survival rate for breast cancer patients undergoing mastectomy or lumpectomy was higher at high-volume institutions.[18] Similarly, another study found that survival after mastectomy or lumpectomy was higher in the hands of high-volume surgeons.[19] Because these operations are not particularly complex, the authors of these studies attributed the differences to better coordination of care and more appropriate use of adjuvant therapy by high-volume sur-

Table 1
Difference in mortality between high- and low-volume hospitals

Procedure	Mortality difference (%)*
Pancreatectomy	5-17
Esophagectomy	11-14
Peds cardiac	2-15
Lung resection	3-4
Colorectal	1-7.1-9
CABG	1-4
Carotid endarterectomy	1-2

*Reported differences in mortality between high-volume and low-volume hospitals, based on a systematic review of the literature (Halm and others, 2001[12]).

Table 2
Difference in mortality between high- and low-volume surgeons

Procedure	Mortality difference (%)*
Pancreatectomy	0-7
Lung resection	0
Colorectal	1.86-1.90
Abdominal aortic aneurysm	1-12
Carotid endarterectomy	1-4

*Reported differences in mortality between high-volume and low-volume hospitals, based on a systematic review of the literature (Halm and others, 2001[12]).

adjust for the use of adjuvant therapy or for the type of surgical resection.[9,10] Another example is a study of total hip replacement that adjusted for the type of prosthesis used and for the use of perioperative antibiotics.[11] Such data on what high-volume surgeons actually do differently from low-volume surgeons would have major implications for management algorithms to improve quality.

Literature findings

The literature on volume and outcomes in surgery has become quite extensive, covering many types of surgery including pancreatic, esophageal, lung, colorectal, breast, cardiac, pediatric cardiac, joint replacement, carotid, and abdominal aortic aneurysm surgery. The reader is referred elsewhere for more exhaustive reviews of the literature.[12,13] Here, we review some of the most significant findings.

The majority of studies find a positive association between higher volume and better outcome.[14] This is true for studies of surgeon volume and for studies of hospital volume.

In general, the more complex surgical procedures show the strongest association between provider volume and outcomes (see Tables 1 and 2, this page). Among all of the procedures studied, the strongest association exists for surgery of the pancreas and esophagus and in pediatric cardiac surgery. One study of outcomes after pancreaticoduodenectomy reported a mortality difference of 7 percent between high-volume and low-volume surgeons. It also found a mortality difference of 14 percent for high-volume hospitals compared to low-volume hospitals.[15] Studies of outcomes after esophagectomy reported a mortality difference between low-volume versus high-volume hospitals ranging from 10 to 13 percent.[12,16] Differences in mortality were more modest for CABG, carotid endarterectomy, lung resection, and colorectal surgery.

A somewhat surprising finding is that even for some relatively simple operations, clinical outcomes improve with higher volumes. One study found that the five-year survival rate for breast cancer patients undergoing mastectomy or lumpectomy was higher at high-volume institutions.[17] Similarly, another study found that survival after mastectomy or lumpectomy was higher in the hands of high-volume surgeons.[18] Because these operations are not particularly complex, the authors of these studies attributed the differences to better coordination of care and more appropriate use of adjuvant therapy by high-volume sur-

Table 1
Difference in mortality between high- and low-volume hospitals

Procedure	Mortality difference (%)*
Pancreatectomy	5-17
Esophagectomy	11-14
Ped. cardiac	2-15
Lung resection	3-4
Colorectal	1.7-1.9
CABG	1-4
Carotid endarterectomy	1-2

*Reported differences in mortality between high-volume and low-volume hospitals based on a systematic review of the literature (Halm and others, 2002[13]).

Table 2
Difference in mortality between high- and low-volume surgeons

Procedure	Mortality difference (%)*
Pancreatectomy	6-7
Lung resection	0
Colorectal	0.6-1.90
Abdominal aortic aneurysm	1-12
Carotid endarterectomy	1-3

*Reported differences in mortality between high-volume and low-volume hospitals based on a systematic review of the literature (Halm and others, 2002[13]).

geons and hospitals. Thus, provider volume appears to matter not just for technical reasons.

It is important to remember that although higher patient volumes appear to be associated with better outcomes, this is true only on average.[19] A large amount of variation in outcomes still exists among individual surgeons and hospitals. Thus, some high-volume surgeons have poor outcomes, and some low-volume surgeons have very good outcomes.[20,21] Policies based solely on provider volume, such as steering patients toward higher-volume hospitals, therefore, might improve outcomes on average but not in every case.

One reason for the variability among individual surgeons is that some high-volume surgeons operate at low- or intermediate-volume institutions, and some low-volume surgeons operate at intermediate- or high-volume institutions. Although we know that both hospital and surgeon volume affect outcome, we do not know what their relative contributions are or how they interact, because very few studies have evaluated both surgeon volume and hospital volume together.[12] Policies based solely on surgeon volume without taking into account hospital volume (and vice versa), therefore, will not always have their intended effects.

One study of coronary artery bypass in New York State evaluated both surgeon volume and hospital volume.[22] It found that high-volume surgeons at high-volume hospitals had a risk-adjusted mortality of 2.18 percent, whereas low-volume surgeons at low-volume hospitals had a risk-adjusted mortality of 14 percent. High-volume surgeons had lower mortality rates than low volume surgeons, regardless of hospital volume.

A recent study of common cancer procedures also evaluated the effects of both surgeon volume and hospital volume.[24] It found that for colectomy, lung lobectomy, and gastrectomy, the lowest risk-adjusted mortality rates were for high-volume surgeons at high-volume hospitals, and the highest risk-adjusted mortality rates were for low-volume surgeons at low-volume hospitals. Patients operated on by high-volume surgeons at high-volume hospitals usually had lower mortality rates than patients operated on by low-volume surgeons or in low-volume hospitals, or both.

Although it does appear that higher volumes are associated with better outcomes, a number of questions remain regarding the specific nature of that association. Does the association between volume and outcome diminish over time, once a procedure has existed for a longer time and has become more widespread? Is there a threshold effect—a certain volume beyond which there is no more improvement in outcomes with increasing volume? Is there a second threshold effect—a volume beyond which outcomes are worse?

How do surgeons' outcomes change as they perform a given procedure more times? What is the shape of the learning curve? In particular, what is the shape of the learning curve for a newer surgeon learning a standard procedure or for a more experienced surgeon learning a new procedure? Is there a constant procedure volume that a surgeon must maintain to remain competent at performing that procedure? Is the cumulative lifetime volume more important? Does the surgeon's volume with other, similar procedures contribute to the outcome?

Another important limitation of the literature is its focus on mortality as the outcome. Only a few studies measured complications as the outcome of interest. Even fewer studies measured such endpoints as long-term survival, functional status, recurrence of disease, or quality of life.

Finally, although the literature strongly supports the notion that higher volumes are associated with better outcomes, particularly for complex surgery, it sheds very little light on why or how. One of the studies that measured specific "processes of care" found that much of the difference in survival from myocardial infarction at

Dr. Lee is associate instructor, Joan and Sanford Weill Medical College, Cornell University, and assistant surgeon, New York Presbyterian Hospital, New York, NY.

higher-volume institutions was due to greater use of proven-effective medications (aspirin and beta-blockers).[23] To truly explain the mechanisms underlying the volume-outcome association, future research would need to measure specific details about what higher-volume providers do differently than lower-volume providers.

Policies

A number of policies have been advocated based on the association between surgeon and hospital volumes and outcomes. One approach would be to publicize data on surgeons' and hospitals' volumes for specific procedures. This could take the form of public databases, Web sites, "report cards," or employer-sponsored information for employees. The success of this type of approach would depend on how well the public could be educated about the complexities of the relationship between provider volume and outcomes. In addition, it would depend on patients' ability to use this information when choosing a hospital or surgeon—an ability that has been shown to be limited.[24,6]

Some large health care purchasers, such as business coalitions and managed care organizations, already are seeking to selectively contract with higher-volume institutions and to encourage referrals to higher-volume surgeons. The Pacific Business Group on Health, a large health care purchasing coalition, requires its health plans to steer patients with certain conditions toward higher-volume institutions.

Another policy approach would be for state governments to regionalize the provision of certain services, thereby boosting volumes at a few institutions. Such policies have been implemented in the past for trauma and for newborn intensive care. In addition, some states have certificate of need programs that limit the number of hospitals allowed to perform certain procedures, such as cardiac surgery and organ transplantation.

The effect of a large movement of patients away from lower-volume providers toward higher-volume providers is not well understood and could include some unintended consequences. As higher-volume institutions developed greater market share, they would have greater ability to raise their fees. Thus, regulation of fees might need to be implemented concurrently. Hospitals might have a new, medically inappropriate incentive to admit or to operate on a patient in order to boost volumes. Finally, the use of volume criteria could make it more difficult for new surgeons and new institutions to break into the market.[25] Special provisions for new surgeons or for surgeons-in-training might be necessary.

A final approach for improving outcomes would be to implement quality improvement programs. Research that identifies specific processes of care associated with higher volumes could be used to improve the performance of lower-volume surgeons through retraining and education programs. In order for this to be possible, future studies would need to measure specific processes of care. Databases containing such specific data and based on population-based samples would be extremely helpful to this end.

Conclusion

Overall, higher surgeon and hospital volumes appear to be associated with better clinical outcomes, particularly for less common and complex operations. The literature on the subject is quite extensive but has a number of methodological limitations. It leaves unanswered many questions regarding the specific nature and magnitude of the association between volume and outcomes.

Most of the policies that have been proposed seek to shift patients away from lower-volume providers toward higher-volume providers, either through public education efforts, selective referral and contracting, or government regionalization of care. An alternative approach would be quality improvement programs in which lower-volume

Dr. Daly is Lewis Atterbury Stimson Professor and chair, department of surgery, Joan and Sanford Weill Medical College, Cornell University, and surgeon-in-chief, New York Presbyterian Hospital (Cornell), New York, NY.

providers could learn from the practices of higher-volume surgeons and hospitals. Rather than using volume as a proxy for quality, such an approach would seek to improve the actual quality of care being rendered. ■

References

1. National Committee for Quality Assurance. *A Road Map for Information Systems: Evolving Systems to Support Performance Measurement*. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance, 1997.
2. Schneider EC, Epstein AM: Influence of cardiac surgery performance reports on referral practices and access to care. A survey of cardiovascular specialists. *N Engl J Med*, 335(4):251-256, 1996.
3. Hannan EL, Stone CC, Biddle TL, et al: Public release of cardiac surgery outcomes data in New York. What do New York State cardiologists think of it? *Am Heart J*, 132(6):1120-1128, 1997.
4. Chassin MR, Hannan EL, DeBuono BA: Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly. *N Engl J Med*, 334(6):394-398, 1996.
5. Schneider EC, Epstein AM: Use of public performance reports: A survey of patients undergoing cardiac surgery. *JAMA*, 279(20):1638-1642, 1998.
6. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, et al: The public release of performance data: What do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA*, 283(14):1866-1874, 2000.
7. Donaldson MS. *Measuring the Quality of Health Care*. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
8. Hannan EL, Racz MJ, Jollis JG, et al: Using Medicare claims data to assess provider quality for CABG surgery: Does it work well enough? *Hlth Serv Res*, 31(6):659-678, 1997.
9. Porter GA, Soskolne CL, Yakimets WW, et al: Surgeon-related factors and outcome in rectal cancer. *Ann Surg*, 227(2):157-167, 1998.
10. Roohan PJ, Bickell NA, Baptiste MS, et al: Hospital volume differences and five-year survival from breast cancer. *Am J Pub Hlth*, 88(3):454-457, 1998.
11. Espehaug B, Havelin LI, Engesaeter LB, et al: The effect of hospital-type and operating volume on the survival of hip replacements. A review of 39,969 primary total hip replacements reported to the Norwegian Arthroplasty Register, 1988-1996. *Acta Orthop Scand*, 70(12-18, 1999.
12. Hain EA, Lee C, Chassin MR. Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Ann Int Med*. 2001. in press.
13. Hannan EL. *Provider Volume-Patient Outcome Relationships in the Provision of Medical Care: An Update*. Rockville, MD: Agency for Health Research and Quality, 2001.
14. Ueberman MD, Kilburn H, Lindsey M, et al: Relations of per-operative deaths to hospital volume among patients undergoing pancreatic resection for malignancy. *Ann Surg*, 222(5):628-645, 1995.
15. Gordon TA, Bowman HM, Bass EB, et al. Complex gastrointestinal surgery: Impact of provider experience on clinical and economic outcomes. *J Am Coll Surg*, 189(1):46-56, 1999.
16. Begg CB, Cramer LD, Hoskins WJ, et al: Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery. *JAMA*, 280(20):1747-1751, 1998.
17. Patti M, Corvera CU, Glasgow RE, et al: A hospital's annual rate of esophagectomy influences the operative mortality rate. *J Gastro Surg*, 2:186-192, 1998.
18. Sainsbury R, Haward B, Rider L, et al: Influence of clinician workload and patterns of treatment on survival from breast cancer. *Lancet*, 345(8961):1265-1270, 1995.
19. Hannan EL, O'Donnell JF, Kilburn H, et al. Investigation of the relationship between volume and mortality for surgical procedures performed in New York State hospitals. *JAMA*, 262(4):503-510, 1989.
20. Chassin MR, Park RE, Lohr KN, et al. Differences among hospitals in Medicare patient mortality. *Health Serv Res*, 24(1):1-31, 1989.
21. Park RE, Borra RH, Kaseeoff J, et al: Explaining variations in hospital death rates: Randomness, severity of illness, quality of care. *JAMA*, 264(4):484-490, 1990.
22. Hannan EL, Kilburn H, Bernard H, et al. Coronary artery bypass surgery: The relationship between inhospital mortality rate and surgical volume after controlling for clinical risk factors. *Med Care*, 29:1094-1107, 1991.
23. Hannan E, Radzyner M, Rubin D, et al: The influence of hospital and surgeon volume on in-hospital mortality for colectomy, gastrectomy, and lung lobectomy in patients with cancer. *Surgery*, 131(1):6-15, 2002.
24. Thiemann DR, Coresh J, Oetgen WJ, et al: The association between hospital volume and survival after acute myocardial infarction in elderly patients. *N Engl J Med*, 340(21):1640-1648, 1999.
25. Hewitt M, Petitti D: *Interpreting the Volume Outcome Relationship in the Context of Cancer Care*. Bethesda, MD: Institute of Medicine, National Academy Press, 2001.

Annexe 7

ANNEXE 7

L'ASSOCIATION DES ANESTHÉSIOLOGISTES DU QUÉBEC

PRÉSENTATION
AU
COMITÉ DE GESTION
SUR LES
EFFECTIFS MÉDICAUX

Siège social de la FMSQ

Les 23 et 24 novembre 2000

INTRODUCTION

L'anesthésiologie, à l'instar des autres sciences médicales, connaît depuis vingt ans une évolution phénoménale.

Les connaissances plus poussées en physiologie et pharmacologie, couplées à un développement technologique important, ont transformé la pratique de l'anesthésiologie et élargi son champ d'activité.

L'anesthésiologiste, aujourd'hui, est devenu le spécialiste de la médecine périopératoire. Le virage ambulatoire a transformé la pratique chirurgicale et obligé la création de cliniques de pré-admissions. L'implication des anesthésiologistes dans ces cliniques ou unités de pré-admissions est devenue essentielle. L'anesthésiologiste est habituellement la ressource médicale de ces cliniques s'il n'en est pas directement le responsable médico-administratif.

La période per-opératoire demeure le centre de l'activité professionnelle de l'anesthésiologiste. La complexité croissante des différentes technologies servant au monitoring et au traitement, jumelée à des interventions chirurgicales sophistiquées chez des patients de plus en plus vieux et malades, nécessite une prise en charge par un médecin spécialiste ayant une formation post-doctorale complète dans ce type de pratique.

Depuis quelques années, les anesthésiologistes occupent aussi le champ de la période post-opératoire. Le traitement de la douleur post-opératoire (PCA, épidurales, blocs nerveux) est devenu l'apanage de l'anesthésiologie. Dans les cas de chirurgies majeures, l'anesthésiologiste est responsable de la réanimation post-chirurgicale aux soins intensifs, au plan respiratoire et hémodynamique. Selon les milieux, l'anesthésiologiste assure un suivi conjoint avec le chirurgien, soit une prise en charge du malade.

L'anesthésiologie moderne a développé ces dernières années d'autres créneaux d'activités grâce à son expertise et sa formation spécifique. Les principaux secteurs d'activités sont les cliniques de douleur chronique et cancéreuse, les soins intensifs et l'anesthésiologie obstétricale. On fait aussi de plus en plus appel à ses services dans différents plateaux techniques d'investigation pour assurer la sédation, l'analgésie et la surveillance des patients devant subir des examens endoscopiques et hémodynamiques (cathétérisme). Conformément au «*Guide de gestion du bloc opératoire*» publié par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en 1995, plusieurs hôpitaux ont reconnu l'importance d'impliquer un médecin dans la gestion des blocs opératoires. Habituellement, ce médecin est un *anesthésiologiste*. Nous croyons que l'anesthésiologiste est effectivement la meilleure personne pour occuper de telles fonctions au sein de l'équipe de gestion d'un bloc opératoire.

I.- VISION DE L'ORGANISATION DE SERVICES EN ANESTHÉSIOLOGIE

La vocation d'un centre hospitalier détermine ses besoins en effectifs médicaux. Certains établissements n'ont pas une diversité et un volume d'activités suffisant pour maintenir en place des équipes complètes dans différentes spécialités, dont l'anesthésiologie. Selon nous, un groupe d'au moins quatre anesthésiologistes équivalents temps plein (ETP) est nécessaire pour former un département d'anesthésiologie autonome *(assurer les services anesthésiques, couvrir les périodes d'absences)*.

Du point de vue de l'anesthésiologie, on peut diviser les centres hospitaliers en trois groupes:

1.- **Les centres hospitaliers autonomes,** c'est-à-dire ceux qui ont suffisamment d'anesthésiologistes pour couvrir tous les besoins de l'hôpital et assurer les absences des différents membres du département.

2.- **Les centres hospitaliers semi-autonomes,** ceux dont le département d'anesthésiologie compte suffisamment de membres pour assurer les services réguliers, mais qui nécessite de l'aide pour couvrir les absences des anesthésiologistes du département.

3.- **Les centres hospitaliers non-autonomes,** soit parce qu'il n'y a pas d'anesthésiologistes permanents ou soit qu'il n'y ait pas assez d'anesthésiologistes pour assurer le service régulier. Habituellement dans ces hôpitaux, les volumes d'activités sont insuffisants pour maintenir en place une équipe d'anesthésiologistes.

L'organisation des services médicaux en anesthésiologie doit donc se conformer à la vocation des différents établissements en tenant compte des services offerts et des volumes d'activités.

En ce qui concerne le centre hospitalier autonome, il est important que le plan d'effectif médical en anesthésiologie reflète les besoins exprimés par le milieu tout en respectant la spécificité de la pratique anesthésique. À ce chapitre, une grille d'analyse bien faite permet de déterminer de façon assez précise les besoins en effectifs dans chacun de ces hôpitaux *(voir grille d'analyse en annexe)*.

Dans les centres hospitaliers semi-autonomes où les services d'anesthésiologie réguliers sont assurés par l'équipe en place, on peut maintenir les activités chirurgicales en ayant recours à un service de dépannage ou d'itinérance pour combler les périodes d'absences des anesthésiologistes en place. Ce service de dépannage ou d'itinérance peut se faire en utilisant la banque de remplacement de la Fédération des médecins spécialistes ou par un réseau privé que chaque hôpital a développé au cours des années pour répondre à ses besoins propres.

Pour les centres hospitaliers non-autonomes, c'est-à-dire offrant des services chirurgicaux de base et ayant un volume d'activités très limité, il est illusoire de penser attirer des anesthésiologistes en leur proposant un plan de carrière aussi limité. Avec ce genre d'hôpitaux, il faut donc mettre sur pied un système qui assure une permanence anesthésique au sein de l'hôpital.

À ce chapitre, différentes solutions s'offrent à nous:

1.- La prise en charge régionale

Ceci consiste à demander aux anesthésiologistes d'une même région de se regrouper et de prendre en charge l'hôpital qui est dépourvu d'anesthésiologistes. L'Association privilégie, dans la mesure du possible, cette solution de prise en charge régionale. Cependant, il faut constater que dans certaines régions du Québec, elle est difficile d'application, soit en raison de l'éloignement des différents hôpitaux de la région, soit en raison du faible bassin d'anesthésiologistes disponibles dans cette région.

2.- La prise en charge par un groupe d'anesthésiologistes

Ce groupe d'anesthésiologistes peut venir d'un même hôpital, d'un regroupement d'hôpitaux ou d'anesthésiologistes de différentes régions qui se forment en groupe et qui, par une entente spéciale appelée forfait réseau, prennent en charge les services anesthésiques de l'hôpital concerné. Cette solution a déjà été mise en application à l'Hôpital Saint-Joseph de la Malbaie, Chibougamau, La Tuque *(partiellement)* et Baie St-Paul *(si entente avec Régie régionale)*.

3.- L'itinérance

L'itinérance a un rôle important à jouer afin de combler les besoins ponctuels de certains milieux. Cependant, elle n'assure pas la même stabilité des services médicaux qu'une prise en charge régionale ou par un regroupement d'anesthésiologistes. La banque de remplacement de la Fédération des médecins spécialistes du Québec facilite le recours à cette forme de dépannage.

4.- Ententes de complémentarité entre deux hôpitaux ou plusieurs hôpitaux

Certains centres hospitaliers peuvent convenir d'ententes particulières afin d'assurer le maintien des services en anesthésiologie :

Robert Giffard - Hôpital de l'Enfant-Jésus
Lac Mégantic - Sherbrooke
Trois-Rivières - Shawinigan

Solution privilégiée

À l'Association des anesthésiologistes, la prise en charge, soit par une région, soit par un groupe d'anesthésiologistes déterminés correspond aux solutions qu'il faut envisager dans le futur. Cette façon de procéder assure en effet une continuité de services. Le centre hospitalier concerné par la prise en charge peut compter sur les services d'un groupe distinct d'anesthésiologistes et de la sorte, constituer un genre de département clinique. La prise en charge régionale ou la prise en charge par un groupe d'anesthésiologistes nécessite souvent la participation des Régies régionales au projet car il faut prévoir dans les régions concernées un surplus de médecins au plan d'effectifs afin d'assurer des services à l'hôpital désigné.

II.- IMPACT DE CETTE ORGANISATION SUR LES BESOINS EN ANESTHÉSIOLOGISTES

Les besoins en effectifs médicaux en anesthésiologie s'évaluent en tenant compte de différents facteurs ***(tableau 1)***.

La vocation de l'hôpital sur son territoire détermine en grande partie son plan d'effectifs médicaux. Dans la réalisation de sa mission, le centre hospitalier s'associe un nombre suffisant de médecins pour répondre aux besoins de sa clientèle conformément à sa vocation.

L'éventail des services offerts par les anesthésiologistes du milieu est en étroite relation avec les effectifs disponibles. Le **tableau II** montre les différents services qui peuvent être offerts par un département d'anesthésiologie conformément à la vocation du milieu.

Le mode de pratique spécifique de l'anesthésiologie influence aussi le nombre d'anesthésiologistes nécessaires. Au Québec et au Canada, l'anesthésiologie se pratique selon le mode d'un *anesthésiologiste par* salle d'opération. De plus, dans certains milieux, la lourdeur de la tâche et les volumes d'activités pendant les périodes de garde *(soir et nuit)* obligent les anesthésiologistes à s'absenter le lendemain de la garde et même quelques fois la journée précédant la garde. Ce mode de pratique doit être pris en considération lors de l'élaboration du plan d'effectifs en anesthésiologie.

La médicalisation croissante de la pathologie chirurgicale amène une baisse de l'activité anesthésique (ex. : traitement médical de l'ulcère gastrique, de l'hypertrophie bénigne de la prostate, la radiologie interventionniste dans les maladies artériosclérotiques, etc.). Cette baisse d'activité anesthésique dans le secteur chirurgical est compensée par l'agrandissement des champs de pratique de l'anesthésiologie moderne.

La féminisation : Actuellement, l'analyse des différentes banques de données démontre un niveau d'activité d'environ 15% inférieur chez les femmes anesthésiologistes par rapport aux hommes. On remarque dans certains centres hospitaliers, où il y a plusieurs femmes anesthésiologistes, qu'il y a une plus grande proportion de temps partiel.

Le travail à temps partiel n'est pas très répandu à l'heure actuelle. Ce phénomène est plus fréquent en fin de carrière. Dans les prochaines années, nous ferons face à une nouvelle génération qui désirera probablement se prévaloir de la possibilité de travailler à temps partiel. Il faudra tenir compte de cette réalité dans les nouveaux plans d'effectifs.

Les omnipraticiens qui pratiquent actuellement en anesthésiologie sont relativement peu nombreux *(environ 30)*. Nous croyons que leur remplacement par des médecins spécialistes s'échelonnera sur une période assez longue.

C'est en tenant compte de ces facteurs et de notre vision sur la distribution des services en anesthésiologie, que nous déterminons les besoins en effectifs.

Quels seront les besoins en équivalents temps plein (ETP) au Québec au cours des trois (3) prochaines années?

Avant la fermeture de nombreux hôpitaux en 1996, l'AAQ évaluait les besoins à environ 550 équivalents temps plein afin de répondre aux besoins de la population du Québec.

Suite à la reconfiguration du réseau en 1996 et à la disparition de nombreux plateaux techniques ainsi que du système de garde dans plusieurs établissements, nous avions établi que les besoins seraient de l'ordre de 520 - 525 équivalents temps plein.

Les problèmes financiers du Gouvernement du Québec ont généré des compressions budgétaires ainsi qu'un départ massif d'infirmières, ce qui a eu une répercussion directe sur le volume d'activités de plusieurs établissements. Ces mesures qui furent développées afin d'atteindre l'objectif zéro ont freiné la reprise d'activités dans plusieurs centres hospitaliers.

Au cours des trois (3) dernières années, la majorité des hôpitaux ont adopté le virage ambulatoire afin de contrecarrer la diminution des lits de soins de courte durée et de maintenir ou de ré-augmenter leur niveau d'activité.

L'apparition ou le développement de nouveaux secteurs d'activités tels que les cliniques d'investigation pré-opératoire qui sont habituellement sous la responsabilité d'un département d'anesthésiologie, l'implication aux soins intensifs, en douleur aiguë, en douleur chronique, en sédation ou anesthésiologie hors bloc opératoire ont créé de nouveaux besoins en effectifs dans plusieurs centres hospitaliers.

De par l'implication des anesthésiologistes dans les structures de fonctionnement, de gestion et de coordination des blocs opératoires ainsi que par leur participation dans les comités administratifs des hôpitaux, il y a une demande de nouveaux effectifs.

L'arrivée du nouveau millénaire coïncide avec l'atteinte du déficit zéro et l'injection d'argent dans le système de Santé, ce qui permet d'entrevoir une augmentation d'activités et une réouverture de plusieurs plateaux techniques.

La mission universitaire qui doit comporter des volets d'activité clinique, d'enseignement et de recherche nécessite l'ajout de nouveaux effectifs.

De 520 équivalents temps plein qu'étaient les besoins de 1996 à 2000, nous croyons qu'au cours des prochaines années **(2001-2003)**, ces besoins seront de l'ordre de **550 équivalents temps plein** afin de répondre aux nouvelles réalités.

Les besoins actuels comportent deux volets :

1. **La pénurie** :
   a) Réelle par non atteinte des plans d'effectifs des établissements.
   b) Par une demande d'effectifs afin de répondre aux nouveaux besoins d'activités:
      i. Le développement de nouveaux secteurs d'activités;
      ii. l'ouverture de nouveaux plateaux techniques;
      iii. les activités d'enseignement et de recherche.
2. **Le remplacement** :
   a) Départ à la retraite.
   b) Changement de milieu.
   c) Modification de la pratique.

Avant de procéder à l'évaluation des besoins des différents établissements, plusieurs questions devront trouver réponse.

1. Quels sont les objectifs à court et moyen terme du MSSS ?
2. La vocation de certains centres hospitaliers devrait-elle être revue ?
3. Les chirurgiens seront-ils présents afin de maintenir l'activité de certains centres hospitaliers ?
4. L'allocation de fin de carrière sera-t-elle prolongée ?
5. Son abolition pourrait-elle avoir un effet pervers ?
6. L'augmentation d'activités de certains centres hospitaliers sera-t-elle supportée par le MSSS et ses composantes?
7. Le MSSS et les Régies régionales collaboreront-ils à l'instauration d'entente de services ?

TABLEAU 1

Facteurs influençant les besoins en anesthésiologistes

1.- La vocation du centre hospitalier.

2.- L'éventail des services offerts par les anesthésiologistes.

3.- Le mode de pratique spécifique de l'anesthésiologie.

4.- La médicalisation de la pathologie chirurgicale.

5.- La féminisation de la profession.

6.- Le travail à temps partiel.

7.- Le remplacement des omnipraticiens.

8.- L'implication du département d'anesthésiologie aux différentes tâches administratives.

TABLEAU II

Éventail des services offerts

1.- **Services d'anesthésiologie :**
- salles d'opération
- obstétrique
- hors bloc
- garde

2.- **Douleur:**
- douleur postopératoire
- douleur chronique
- douleur cancéreuse

3.- **Soins intensifs :**
- ventilation
- prise en charge des patients
- prise en charge de l'unité

4.- **Clinique d'évaluation préopératoire**

5.- **Enseignement et recherche**

6.- **Médico-administratif :**
- chef de département
- comités
- coordonnateur médical
- coordonnateur du bloc opératoire

PLAN D'EFFECTIFS MÉDICAUX

GRILLE D'ANALYSE

1.- DÉFINITION DES BESOINS EN ANESTHÉSIOLOGIE

a) Par centre hospitalier

b) En fonction du:
- volume d'activités:
  - . jour
  - . soir
  - . nuit
- genre d'activités:
  - . salle d'opération
  - . soins intensifs
  - . clinique de la douleur
  - . obstétrique
  - . anesthésiologie hors bloc

c) Types de centre hospitalier:
- général
- spécialisé
- universitaire

d) Ententes régionales et inter-régionales

e) Genre de pratique individuelle:
- temps complet
- temps partiel

2.- MÉTHODE D'ANALYSE

2.1 Activité clinique - de jour - temps régulier:

a) Nombre de salles d'opération - ratio 1 anesthésiologiste/salle

b) Soins intensifs:

. prise en charge unité - nombre de semaines/année
. prise en charge patient - volume d'activités
ventilation seulement
. consultation seulement

c) Obstétrique :

. volume d'activités
. genre de couverture
. mode de fonctionnement - anesthésiologiste désigné
- sur appel

d) Douleur:

. aiguë post-opératoire - volume d'activités
. chronique - clinique de la douleur: volume d'activités
nombre de jours/semaine

e) Anesthésiologie hors bloc - volume d'activités

2.2 Enseignement et recherche:

a) Enseignement: . nombre d'étudiants
. niveau académique
. genre d'enseignement

(définir heures/semaine)

b) Recherche: . clinique - heures/semaine
. fondamentale - heures/semaine

2.3 Gestion médicale:

a) Temps alloué fonction: . genre de département
. nombre de membres
. tâches et responsabilités
. tâches administratives
. tâches universitaires

2.4 Activité clinique - garde:

Soir - nuit - fin de semaine - congés fériés

a) Volume d'activités: . salle d'opération - centre de trauma
. obstétrique
. soins intensifs

b) Définir les besoins: . nombre de médecins de garde
. lendemain de garde
. jour de garde

2.5 Vacances et congés:

Nombre de semaines d'absence
Nombre d'anesthésiologistes

Définition des besoins en anesthésiologistes en fonction des quantum (volume) d'activités, des types d'activités, des vocations d'enseignement et de recherche (affiliation universitaire).

Définition des besoins se fait premièrement par centre hospitalier en tenant compte des structures du réseau régional et inter-régional.

I.- QUANTUM ACTIVITÉ - JOUR

a) Nombre de salles (ratio 1/1)

b) Soins intensifs

c) Douleur (clinique)

d) Obstétrique (ex.: C.M.E.)

e) Anesthésiologie hors bloc opératoire

f) Enseignement et recherche

g) Gestion

h) Réseau

i) Temps partiel

II.- ACTIVITÉ - SOIR + NUIT (GARDE)

a) Selon analyse - besoin : . urgence
. obstétrique

De:

1.- lendemain de garde (ratio 1/1)

2.- jour de garde (ratio 0.5 à 1.0/1)

Exemple

Centre hospitalier régional - non affilié

- Obstétrique (plus ou moins 800/an) 70% épidurale
- Trauma II
- Urgence active

Jour: 5 salles d'opération

. Clinique de la douleur	-	0
. Unité de soins intensifs	-	0
. Obstétrique	-	0

Jour:	Nb. d'anesthésiologistes
Salles d'opération (5)	5
Gestion 0,3	0,3
Gardes: lendemain	1
jour garde	0,5
Temps partiel (75%)	0,25
	7,05
Vacances (8 semaines x 7 = 56) donc (anesthésiologiste/semaine)	1
Total:	8

Annexe 8

Document sommaire

ANNEXE 8

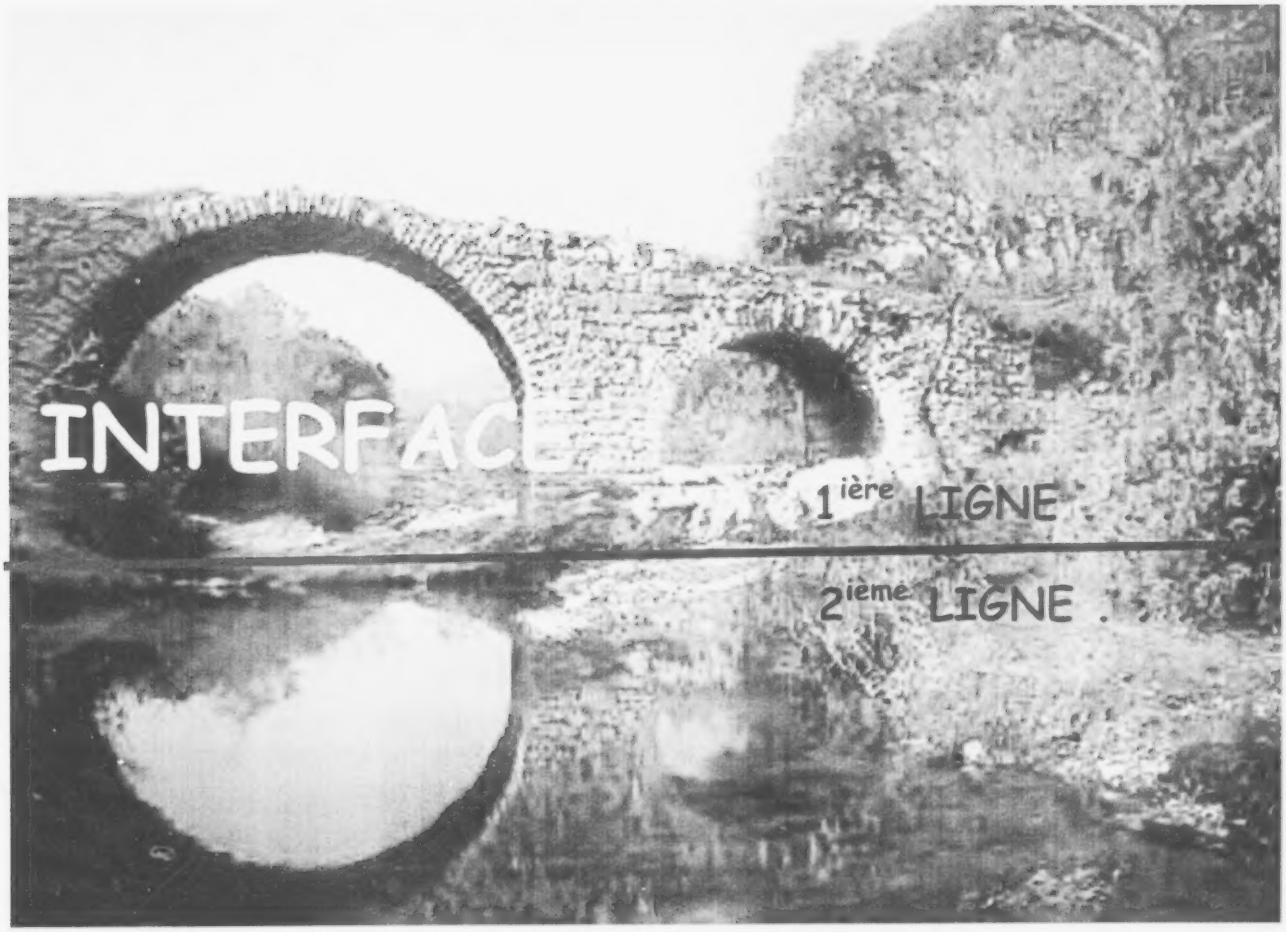


TABLE DES MATIÈRES

Introduction	Page 129
Objectifs partagés et visés	Page 130
Définition des lignes d'interventions médicales psychiatriques	Page 132
Soins intégrés	Page 139
Solutions proposées	Page 141
Conclusion	Page 143
Bibliographie	Page 144

INTRODUCTION

L'AMPQ partage l'objectif commun qui vise l'amélioration de l'accessibilité des soins psychiatriques au Québec.

Ce document de travail a pour principal but de définir le mode de rémunération souhaité dans le cadre de l'implantation d'un réseau intégré de soins psychiatriques favorisant l'arrimage entre la 1ière ligne et les soins spécialisés.

Pour le lecteur peu familier avec la notion de soins psychiatriques intégrés, nous recommandons la lecture de l'annexe A (page 19), avant de poursuivre la lecture du présent document. Cette annexe tient lieu également de sommaire exécutif.

CONSTATS PARTAGÉS

- Le Conseil médical du Québec, dans son document paru en septembre 2000[9], conclu à la nécessité de trouver des solutions pour une plus grande efficacité et un plus grand rendement de notre système de santé.

- Les membres de la Direction régionale de la médecine générale (DRMG), dans leur document de position, paru en juillet 2001[6], ont rapporté des problèmes d'accessibilité aux services de 2ième ligne affectant la majorité des groupes de spécialistes.

- Dans son document portant sur l'accessibilité aux soins psychiatriques, paru en janvier 1998[3], le Collège des médecins du Québec recommande de « mettre en œuvre un ensemble de mesures visant à recentrer les médecins de famille et les médecins psychiatres dans leurs rôles respectifs ».

1. OBJECTIFS PARTAGÉS ET VISÉS

L'AMPQ désire contribuer à l'amélioration des services en santé mentale *axés* sur les besoins de la population. Nous souhaitons une organisation des services simple, accessible, de qualité, flexible, coordonnée et en continuité avec les autres services offert par les professionnels de la santé. Nous visons une synergie optimale, une consolidation de l'expertise spécialisée et un financement approprié aux objectifs visés.

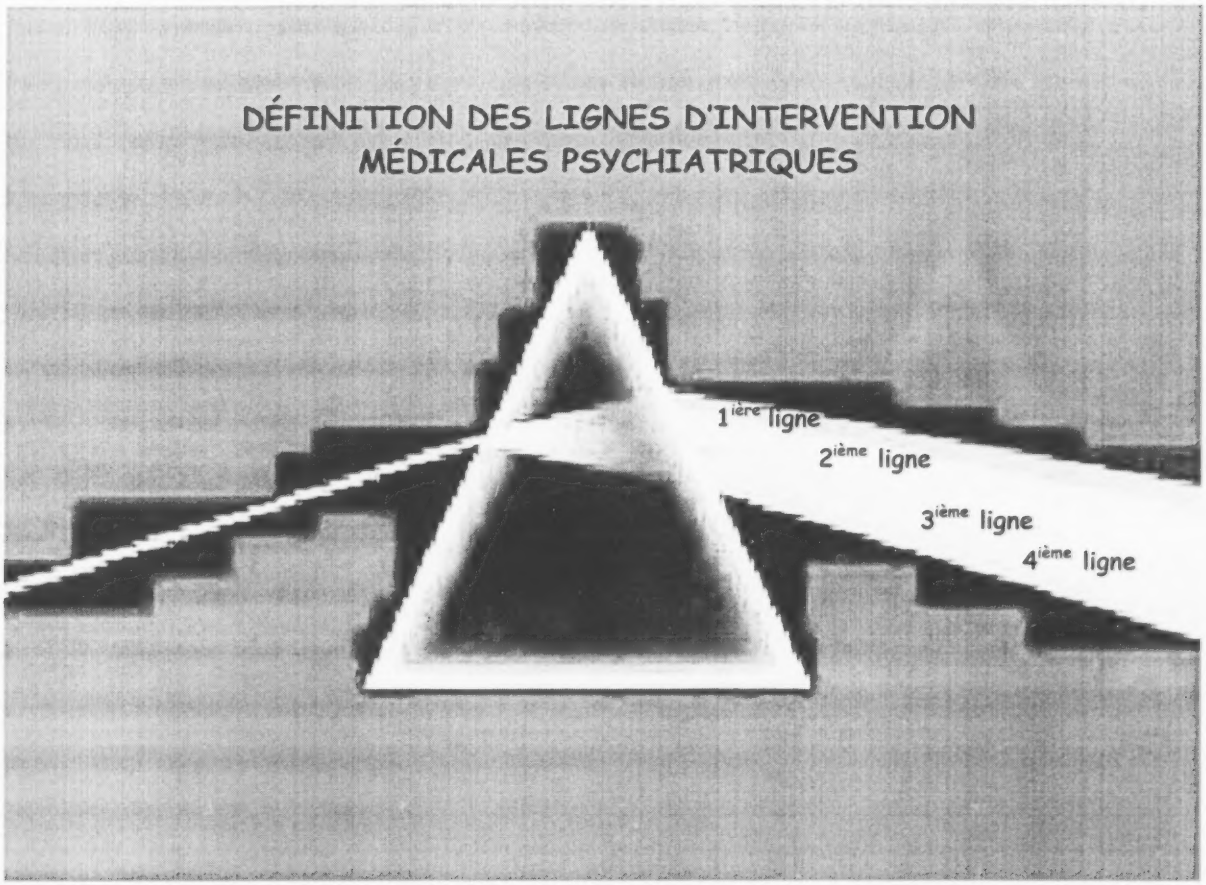
Nous partageons donc la position de la FMSQ, dans son mémoire, paru en juin 1999[7], qui témoigne que «la flexibilité, la polyvalence et la complémentarité sont des éléments majeurs au passage d'une mentalité monopolistique à une mentalité multi et *transdisciplinaire*».

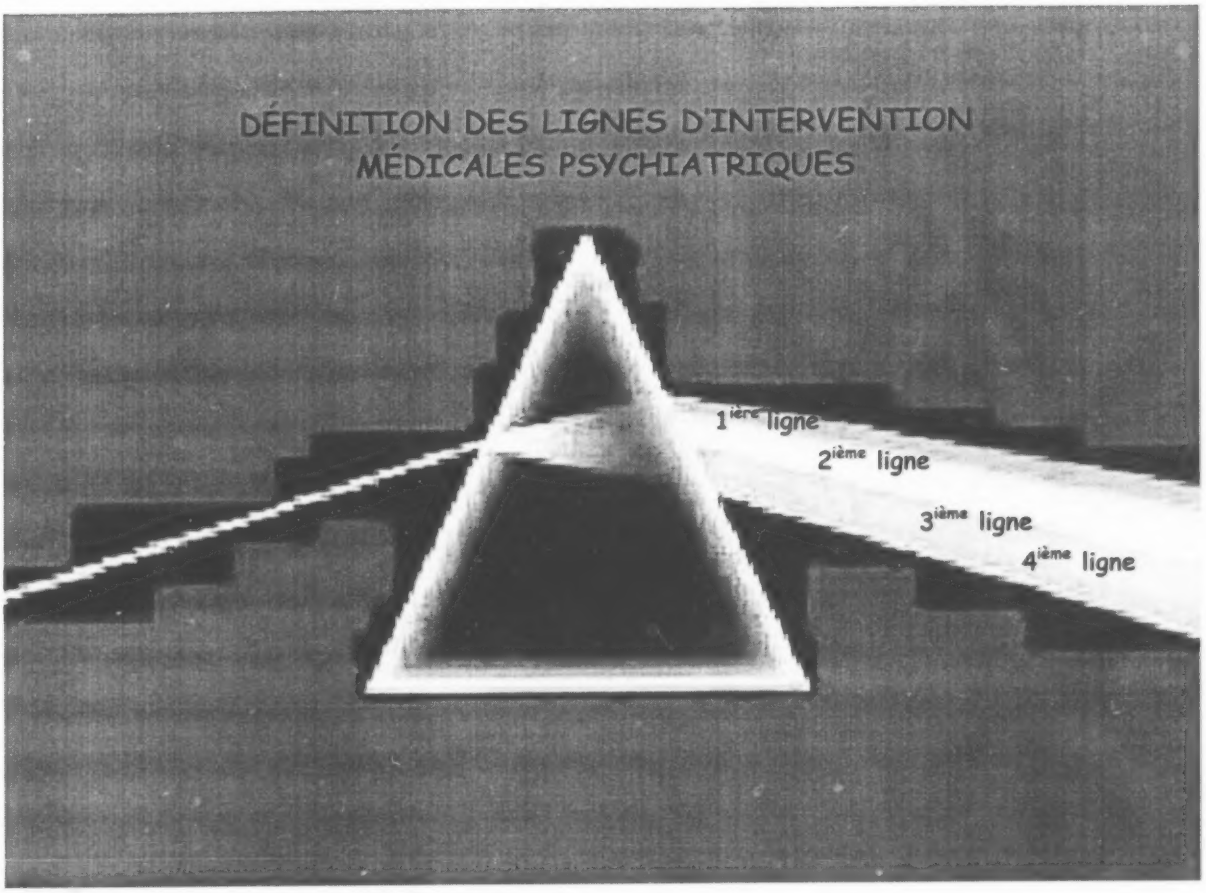
Dans le contexte actuel de la réorganisation des services psychiatriques, et afin de pourvoir à nos objectifs, il est primordial de bien définir les lignes d'intervention en santé mentale et de bien définir les lignes médicales psychiatriques.

Dans son document *Pour de meilleurs soins psychiatriques à la population du Québec* (voir projet)[2], l'AMPQ, en septembre 1998, proposait 3 moyens favorisant un réseau intégré de services dont la concertation des acteurs, la formation et une réallocation financière adaptée.

Plusieurs instances décisionnelles[4], qui ont repris la notion de réseaux intégrés des services médicaux, recommandent la hiérarchisation des services médicaux de 1ière, 2ième et 3ième lignes, telle qu'énoncée par le Conseil médical du Québec.

Dans leur document sur les soins *partagés, paru en* octobre 1997[5], l'Association des psychiatres du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada recommandent « d'établir un lien fonctionnel entre le médecin de famille et le psychiatre ». Les recommandations de l'AMPQ visent à cette fonctionnalité dans la pratique de tous les jours.


DÉFINITION DES LIGNES D'INTERVENTION
MÉDICALES PSYCHIATRIQUES
1ière ligne
2ième ligne
3ième ligne
4ième ligne


DÉFINITION DES LIGNES D'INTERVENTION
MÉDICALES PSYCHIATRIQUES
1ière ligne
2ième ligne
3ième ligne
4ième ligne

2. DÉFINITIONS DES LIGNES D'INTERVENTION MÉDICALES PSYCHIATRIQUES

AVANT-PROPOS

L'approche psychosociale précède souvent, mais pas toujours, la première ligne médicale, et se caractérise habituellement par une intervention de soutien en situation de crise. Ce domaine est le terrain d'intervenants désignés sous toutes sortes de vocables. C'est habituellement aussi le domaine d'action des ressources communautaires. Mais, peu importe de qui ou de quelles structures ces intervenants relèvent, ils se définissent par le fait qu'ils n'appartiennent pas au corps médical. Par ailleurs, leur rôle est essentiel car ils dépistent et repèrent les personnes présentant une souffrance psychique et même atteintes d'une pathologie psychiatrique. Ce sont souvent eux qui amènent la personne vers une première consultation médicale. Les lieux d'intervention privilégiés se situent là où se trouve la personne. Leur intervention est une intervention non-médicale (exemple : prévention, dépistage, triage, intervention de crise, support, etc.).

En ce qui a trait à une ***intervention médicale***, l'AMPQ propose d'adopter l'énoncé de position du Collège des médecins du Québec[8] qui vise à revoir la loi médicale pour modifier les articles 31 et 32, afin d'y définir le « noyau dur » de la médecine comme étant les activités réservées aux médecins.

PROPOSITION D'UNE DÉFINITION DU « NOYAU DUR » DE LA MÉDECINE :

À l'intérieur du domaine de la médecine, les activités suivantes doivent être réservées aux médecins : la prescription d'examens diagnostiques, le diagnostic des maladies, la détermination du traitement médical, les interventions diagnostiques, thérapeutiques ou esthétiques à risque de

préjudice, la prescription de médicaments et de produits biologiques réglementés, et la pratique des accouchements.

LIGNES D'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE

L'AMPQ propose des définitions globales et opérationnelles des lignes d'intervention en santé mentale, tant en milieu universitaire que non universitaire, rural ou urbain, et indépendant du lieu géographique. Avec des définitions clairement établies, le réseau de la santé pourra attribuer plus facilement les ressources financières nécessaires à chaque établissement et à chaque niveau de soins psychiatriques. Voici l'essentiel des définitions des 4 lignes d'intervention, tel que proposé par l'AMPQ :

- LA PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE GÉNÉRALE se définit par l'intervention d'un médecin et ce, où qu'il se trouve, qu'il soit au CLSC, en cabinet clinique, à l'urgence d'un hôpital, dans un centre d'accueil, un centre de crise ou encore rencontrant des détenus dans une cellule du palais de Justice de Montréal, comme le fait, par exemple, le docteur Mansour.

- L'intervenant de première ligne se définit par sa formation médicale générale. Son rôle est d'évaluer l'état de santé physique et/ou psychiatrique de la personne et de faire des interventions à l'intérieur de son champ de compétence. Habituellement, et idéalement, le médecin est un médecin de famille. Si l'intervention nécessite une expertise psychiatrique spécialisée, il réfèrera la personne vers un médecin psychiatre. La première ligne est indépendante du lieu de pratique.

- **LA DEUXIÈME LIGNE MÉDICALE PSYCHIATRIQUE SPÉCIALISÉE** se définit par l'intervention d'un médecin psychiatre où qu'il se trouve (cabinet clinique, hôpital, clinique externe, centre de détention, CLSC, etc.) auprès d'une personne référée par un médecin de famille ou un autre médecin spécialiste non psychiatre. Habituellement, son lieu d'intervention est le cabinet clinique, la clinique externe d'un hôpital, l'urgence psychiatrique, ou un département de psychiatrie en hôpital général. La deuxième ligne participe à l'enseignement en psychiatrie générale. L'intervention fait appel à des connaissances **spécifiques spécialisées** en psychiatrie. Elle nécessite une infrastructure minimale. Par exemple :

  1) Un traitement, par un seul médecin, d'une seule pathologie psychiatrique résistante ou un traitement de plusieurs pathologies psychiatriques actives (plusieurs pathologies à l'AXE I, ou au moins une pathologie sur deux AXES différents), ou encore;

  2) Un traitement nécessitant une approche d'équipe, i.e. avec plusieurs intervenants, pour traiter une seule ou plusieurs pathologies complexes (faisant appel à des connaissances spécialisées enseignées au post-doctorat).

- **LA TROISIÈME LIGNE MÉDICALE PSYCHIATRIQUE** se définit par des actes médicaux qui font appel à des connaissances psychiatriques supraspécialisées, par une équipe de multiples intervenants médicaux.

Elle consiste en une référence provenant de la deuxième ligne médicale spécialisée vers des services de :

1) consultations psychiatriques externes supraspécialisées et/ou
2) des services d'hospitalisation en psychiatrie générale ou en psychiatrie supraspécialisée, tel qu'en pédopsychiatrie interne.

Notons, àt itre d'exemple en externe, des consultations pour des programmes d'intervention pointue comme : troubles alimentaires, programme d'intervention précoce pour jeunes schizophrènes, programmes spécifiques, tels que PACT (Program for Assertive Community Treatment), trouble majeur sévère de la personnalité, clinique d'évaluation de la dangerosité.

Aussi, à titre d'exemple, à l'interne, des programmes d'hospitalisation pour patients violents, pour des patients nécessitant des soins intensifs en psychiatrie ou des hospitalisations en pédopsychiatrie, y compris les unités d'adolescents.

La troisième ligne fait aussi de l'enseignement spécialisé concernant l'apprentissage de problématiques particulièrement complexes. De plus, la troisième ligne se distingue par le volet recherche. Le médecin psychiatre peut être présent en clinique, à titre de médecin participant ou de médecin collaborateur.

Cette troisième ligne nécessite une infrastructure de soins beaucoup plus complexe, telle qu'on la retrouve dans les hôpitaux généraux universitaires, ou parfois affiliés, et les hôpitaux psychiatriques.

- **LA QUATRIÈME LIGNE MÉDICALE PSYCHIATRIQUE** se définit par des actes médicaux qui font appel aux connaissances médicales ultraspécialisées que l'on retrouve dans une équipe d'intervenants médicaux. Également, la quatrième ligne se qualifie par l'ajout d'une autre dimension qui inclut un mandat provincial ou national, comportant des aspects légaux ainsi que des aspects relatifs à la recherche canadienne ayant un rayonnement international.

  Ces centres incluent l'Institut Philippe Pinel et, entre autres, les centres de recherche de l'Hôpital Douglas, de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, du Centre hospitalier Robert Giffard, de l'Hôpital Royal Victoria et de l'Hôpital Sainte-Justine.

Ce modèle se définit donc, à la fois, par le type d'intervention et par la personne qui fait l'intervention, et non pas par le lieu géographique. Ainsi, dans un lieu donné, on peut retrouver plusieurs lignes d'intervention.

Par exemple, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et l'Hôpital Douglas feraient dans ce modèle, à la fois de la 1^{ière}, de la 2^{ième}, de la 3^{ième} et de la 4^{ième} lignes. Nous recommandons également que la 3^{ième} et la 4^{ième} lignes soient non sectorisées.

Le cheminement d'une personne, le cas échéant, se fait d'une ligne à une autre sans « saut de ligne ». La seule exception concerne les patients/prévenus en provenance

des différentes cours, telle la Cour de Justice et les patients porteurs d'ordonnance d'évaluation avec garde en établissement ; ces patients passant alors directement de la 1ière ligne vers la 3ième ou la 4ième ligne. De plus, nous favorisons une plus grande utilisation de l'Institut Philippe Pinel pour les patients fortement judiciarisés, c'est-à-dire, porteurs d'un dossier criminel ou potentiellement criminel. Ces patients/prévenus devraient être vus par un médecin de famille, ne serait-ce qu'au Centre de détention.

Quant aux patients/prévenus porteurs d'ordonnance d'expertise, le même cheminement devrait aussi s'appliquer sans garde en établissement. Ces patients, même s'ils n'ont pas l'obligation d'être hospitalisés dans le cadre de leur évaluation, devraient aussi passer par la 1ière ligne, soit la médecine générale. Par exemple, une personne devant être expertisée en externe devrait être vue par un médecin de famille, ceci dans le but d'explorer la possibilité que des troubles physiques puissent avoir une incidence sur l'état psychique.

3. SOINS INTÉGRÉS

Dans le contexte des ressources limitées en effectifs psychiatriques, l'AMPQ a une préoccupation grandissante en regard du temps consacré par ses membres aux soins psychiatriques de 1ière ligne, et ce, au détriment des soins plus spécialisés de 2ième et de 3ième lignes (c'est-à-dire, une meilleures rémunération des actes de traitement que des actes de consultation).
Cette tendance, qui existe depuis le début de l'ère de la RAMQ, est stimulée par le système de rémunération de celle-ci, qui a toujours favorisé une meilleure rémunération de la 1ière ligne, au détriment de la 2ième et de la 3ième lignes. Problématique qui devra être résolue si certaines régies régionales désirent favoriser la disponibilité des psychiatres pour la consultation externe.

L'ensemble des recommandations de l'AMPQ vise à corriger les problématiques connues[3,5].

- La difficulté d'accès, psychiatre → médecin de famille & médecin de famille → psychiatre
- Le manque de communication
- La formation insuffisante

1. CRÉATION D'UN RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ RAPIDE

munération
sychiatre

- Inscription en réseau intégré entre médecin de famille et médecin psychiatre avec reconnaissance associative (AMPQ) et fédératives (FMSQ, FMOQ) = rémunération bonifiée (forfait de garde réseau intégré).
- Bonification première consultation et consultations subséquentes plutôt que thérapie externe.
- Actes bonifiés selon le temps de réponse (forfait d'urgence), éventuellement.
- Rémunération pour la rédaction d'un plan d'intervention (RPI).
- Rémunération pour le transfert du nouveau patient vu en consultation, ou tout autre patient déjà stabilisé en 2ième ligne de soins - visite de départ (VD) vers la 1ière ligne (médecin de famille).

Rémunération médecin de famille

- Forfait de prise en charge d'un patient avec problématique psychiatrique.
- Bonification d'actes de suivi / thérapie.
- Nouvel acte de demande de consultation détaillée (incluant rapport médical sommaire explicatif).
- Tout autre acte nécessaire au bon fonctionnement du réseau intégré et des soins coordonnés.

Le réseau intégré doit être en harmonie avec le PROS (Plan régional d'organisation des plans de services) du DRMG de chaque région.

2. CRÉATION D'UN SUPPORT À LA COMMUNICATION/FORMATION

Psychiatre et médecin de famille	➢ Acte d'intervention de suivi téléphonique entre médecins traitants. Cet acte vise à faciliter la communication et le besoin de support spécialisé au médecin de famille afin de l'assister dans sa prise en charge du patient et de répondre à ses besoins de formation (support à la première ligne). ➢ Forfait de garde réseau intégré.

4. SOLUTIONS PROPOSÉES

L'AMPQ propose un ensemble de modulations tarifaires visant à favoriser les objectifs visés et partagés par différentes instances décisionnelles (tableau en annexe).

À ce sujet, un excellent article de Carolyn S. Dewa[1], nous démontre par l'examen de trois (3) modèles de rémunération, comment un modèle de pratique de soins partagés est favorisé par le financement.

Nous proposons une tarification qui, croyons-nous, facilitera la réalisation de soins coopératifs et coordonnés.

Dans le même sens, le groupe de travail[3] recommandait en 1998 que « *les fédérations médicales soient interpellées pour l'établissement :*

- *d'une modulation tarifaire encourageant l'accès à la consultation et le soutien professionnel par un psychiatre,*

- *d'une modulation tarifaire encourageant le médecin de famille à assumer le suivi des malades présentant des problèmes «»de santé mentale».»*

Il est clair que le succès d'une structuration optimale entre la 1ière et la 2ième lignes dépend de l'optimisation de la rémunération des médecins de famille et ce, de façon concertée à l'optimisation de la rémunération en médecine spécialisée.

6. CONCLUSION

1. L'AMPQ recommande **l'adoption de définitions concises et consensuelles** sur les lignes d'interventions médicales générales et spécialisées entre tous les partenaires.

2. L'AMPQ recommande ***la révision*** et ***l'adoption*** de nouveaux modèles de rémunération facilitant les soins coordonnés.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Using financial incentives to promote shared Mental Health Care, Dewa Carolyn et all, Can. J. Psychiatry 2001; 46; 488-495.

2. Pour de meilleurs soins psychiatriques à la population du Québec. Projet, AMPQ, septembre 1998.

3. Accessibilité aux soins psychiatriques et aux services en santé mentale au Québec, Le Collège des médecins du Québec, Vol. XXXVII, No 4 - janvier 1998.

4. Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), Avis de la table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec, décembre 1999, p. 7-11.

5. Les soins de santé mentale partagés au Canada, Revue canadienne de psychiatrie, vol. 42, No. 8, Le médecin de famille canadien, Vol. 43, octobre 1997.

6. Organisation des services médicaux spécialisés en lien avec la première ligne, Position DRMG, juillet 2001, version révisée, 4 septembre 2001.

7. *Flexibilité qualitative, intégration globale et regroupement des ressources : pour votre santé, notre compétence ; pour votre bien-être, notre engagement*, Fédération des médecins spécialistes du Québec, Mémoire, Provost, Jacques, juin 1999.

8. L'exercice de la médecine et les rôles du médecin au sein du système professionnel, Collège des médecins du Québec, avril 2001.

9. *Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité aux soins et la pertinence des services médiaux*, Conseil médical du Québec, septembre 2000

10. Extrait d'un article de l'Actualité médicale, Intervention des omnipraticiens pour traiter la dépression, 13 février 2002, p. 17

Annexe 9

RÉPARTITION DES PORTIONS D'ÉPISODES DE SOINS HOSPITALIERS EN LIEN AVEC LE NIVEAU D'ACCÈS 3

PROGRAMMES	CHUM		CSUM		ICM		Maisonneuve-Rosemont		Sacré-Cœur		Général Juif		Sainte-Justine		Montréal pour enfants	
Épisodes	Niveau 3	Total	Niveau 3	Total	Niveau 3	Total	Niveau 3	Total	Niveau 3	Total	Niveau 3	Total	Niveau 3	Total	Niveau 3	Total
Neurochirurgie (1)	25%	20%	36%	35%			5%	9%	12%	16%	7%	5%	6%	4%	8%	9%
	552	995	782	1709			106	440	260	772	163	243	123	212	182	434
Traumatologie tertiaire																
Ophtalmologie (1)	48%	36%	14%	17%			26%	28%			8%	6%	2%	7%	0.6%	1%
	661	908	192	431			356	698	9	60	114	155	34	181	8	32
Radio-oncologie (3)		38%		17%				37%				8%				
		4326		2000				4221				904				
Oncologie (4)		28%		16%				13%		8%		10%		2%		1%
		6589		3658				3070		1798		2311		560		168
Cardiologie - médecine (1)	21%	19%	18%	14%	30%	24%	7%	10%	12%	11%	9%	8%	0.40%	1%	0.30%	0.30%
	2513	4553	2133	3270	3573	5616	866	2288	1506	2651	1049	1888	48	231	36	76
Chirurgie cardiaque (1)	25%	29%	24%	23%	26%	15%			10%	12%	10%	12%	4%	2%	2%	1%
	1255	2767	1229	2331	1317	1446			494	1175	490	1189	181	209	124	141
Défibrillateurs cardiaques (5)		17%		20%		50%				33%						
		47		55		137				36						
Néonatalogie (2)	2%	8%	11%	14%			7%	9%	2%	7%	14%	14%	44%	18%	15%	2%
	35	2185	164	3655			94	2312	29	1896	207	3564	630	4637	218	471

Source
(1) portions d'épisodes de soins selon la spécialité médicale, banque de données Med-Écho 2000-2001
(2) épisodes de soins selon la classification APR-DRG, banque de données Med-Écho 2000-2001
(3) nombre de patients traités en radiooncologie, rapports statistiques des CHSGS 1999-2000
(4) épisodes de soins dont les diagnostics sont liés au cancer, banque de données Med-Écho 1999-2000
(5) nombre de défibrillateurs installés, questionnaire aux CHSGS mars 2001

Légende en fonction du plan 1998-2002
Programme ultraspécialisé
Programme ultraspécialisé avec désignation ministérielle
Programme ultraspécialisé - centre majeur
Programme ultraspécialisé - centre majeur avec désignation ministérielle

RÉPARTITION DES PORTIONS D'ÉPISODES DE SOINS HOSPITALIERS EN LIEN AVEC LE NIVEAU D'ACCÈS 3 - VOLET CHU

PROGRAMMES	CHUM		CHUM HND		CHUM HSL		CHUM HDM		CUSM		CUSM HGM		CUSM HRV		CUSM HNM		CUSM MENF	
Épisodes	Niveau 3	Total	Niveau 3	Total	Niveau 3	Total	Niveau 3	Total	Niveau 3	Total	Niveau 3	Total	Niveau 3	Total	Niveau 3	Total	Niveau 3	Total
Neurochirurgie (1)	25%	20%	24%	19%	2%	2%			36%	35%	1%	4%			35%	31%	8%	9%
	552	995	517	903	35	92			782	1709	24	194			758	1515	182	434
Traumatologie tertiaire																		
Ophtalmologie (1)	48%	36%	41%	30%	0%	1%	7%	5%	14%	17%	2%	4%	12%	13%			0.6%	1%
	661	908	565	754	1	20	95	134	192	431	31	103	161	328			8	32
Radio-oncologie (3)		38%								17%								
		4326								2000								
Oncologie (4)		28%		14%		7%		7%		16%		7%		8%		0%		1%
		6589		3252		1689		1648		3658		1760		1898		98		168
Cardiologie - médecine (1)	21%	19%	10%	9%	4%	5%	6%	5%	18%	14%	8%	6%	10%	7%			0.30%	0.30%
	2513	4553	1268	2172	500	1173	745	1208	2133	3270	935	1510	1198	1760			36	76
Chirurgie cardiaque (1)	25%	29%	10%	11%	6%	8%	9%	10%	24%	23%	9%	8%	15%	15%			2%	1%
	1255	2767	507	1017	280	781	468	969	1229	2331	458	806	770	1445			124	141
Défibrillateurs cardiaques (5)		46%								54%								
		47								55								
Néonatalogie (2)	2%	6%			2%	6%			11%	14%			11%	14%			15%	2%
	35	2185			35	2185			164	3655			164	3655			218	471

Source
(1) portions d'épisodes de soins selon la spécialité médicale, banque de données Med-Écho 2000-2001
(2) épisodes de soins selon la classification APR-DRG, banque de données Med-Écho 2000-2001
(3) nombre de patients traités en radiooncologie, rapports statistiques des CHSGS 1999-2000
(4) épisodes de soins dont les diagnostics sont liés au cancer, banque de données Med-Écho 1999-2000
(5) nombre de défibrillateurs installés, questionnaire aux CHSGS mars 2001

Légende en fonction du plan 1998-2002
Programme ultraspécialisé
Programme ultraspécialisé avec désignation ministérielle
Programme ultraspécialisé - centre majeur
Programme ultraspécialisé - centre majeur avec désignation ministérielle

Annexe 10

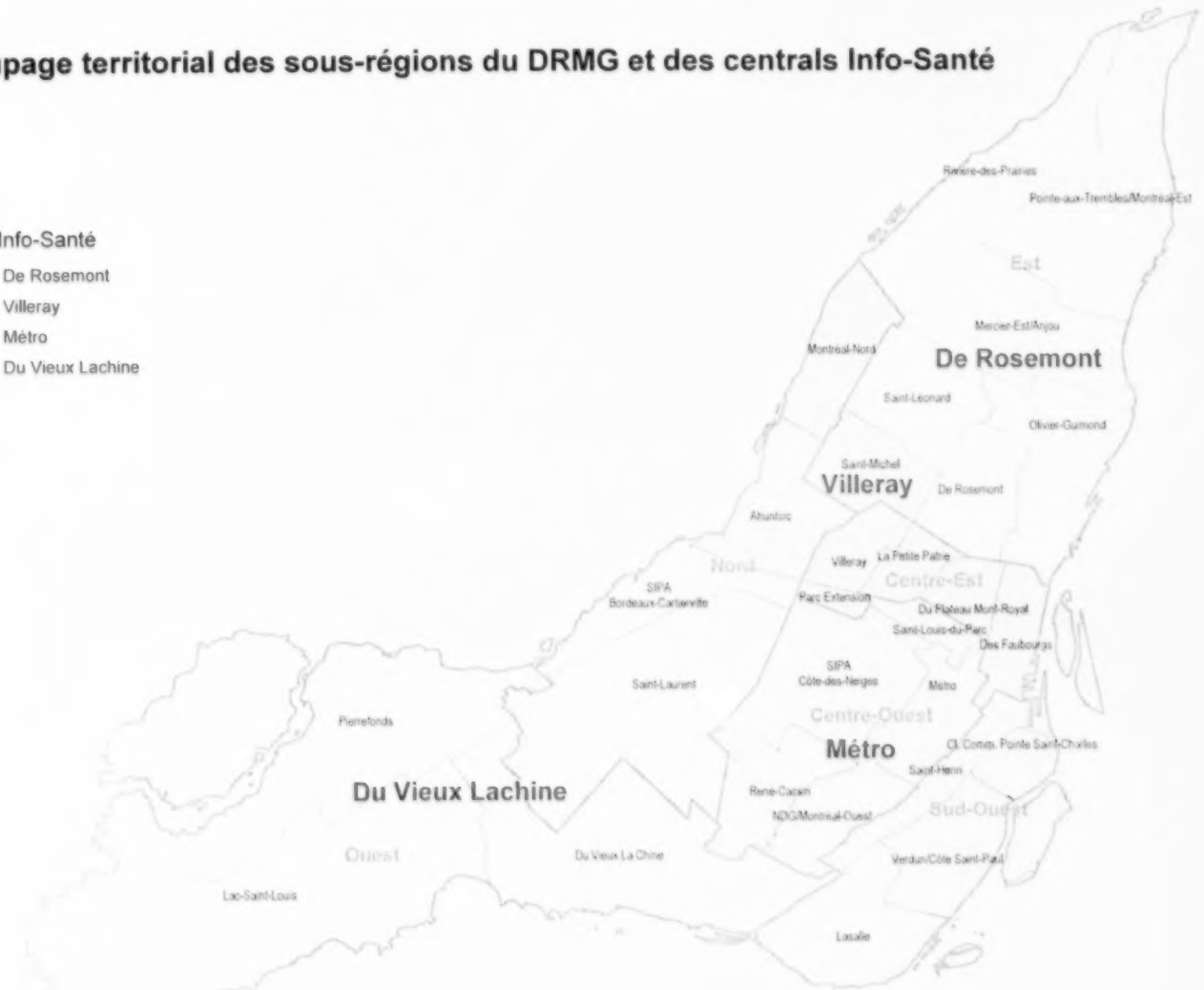
Découpage territorial des sous-régions du DRMG et des centrals Info-Santé

Central Info-Santé

- De Rosemont
- Villeray
- Métro
- Du Vieux Lachine

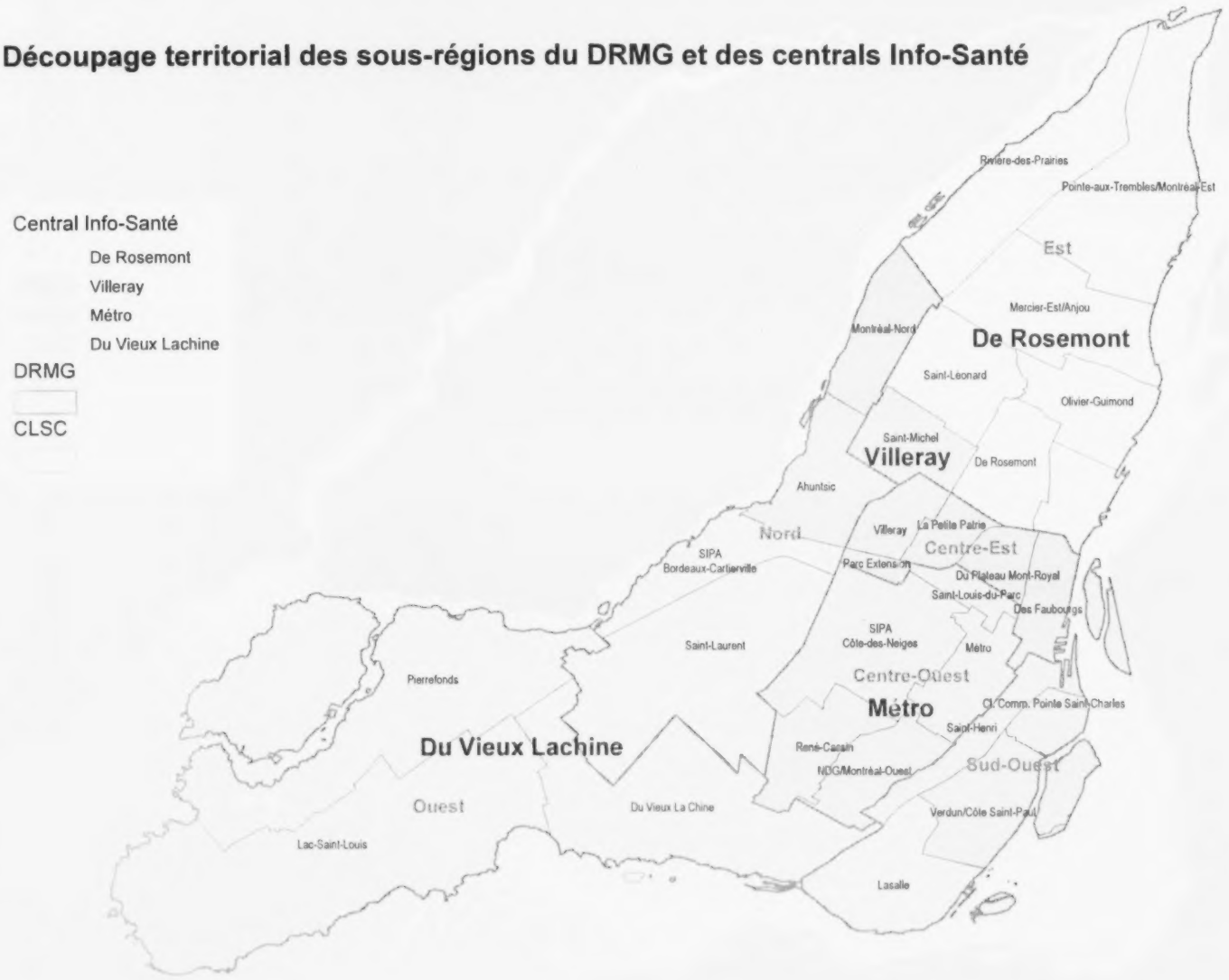
DRMG

CLSC



Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Découpage territorial des sous-régions du DRMG et des centrals Info-Santé



Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTRÉAL-CENTRE